FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 7 de Outubro de 1903

PARA SER DEFENDIDA

POR

Antonio Joaquim de Paula Buarque

NATURAL DO ESTADO DE ALAGÔAS

Afim de obter o grau

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

Tratamento das rectites stenosantes

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

BAHIA

OFFICINAS DO «DIARIO DA BAHIA»

101 — Praça Castro Alves — 101

1903

Faculdade de Medicina da Bahia

DIRECTOR—Dr. ALFREDO BRITTO

VICE-DIRECTOR—Dr. ALEXANDRE E DE CASTRO CERQUEIRA

Lentes cathedraticos

OS DRS.	MATERIAS QUE LECCIONAM
José Olympio de Azevedo	Chimica medica.
José Rodrigues da Costa Dorea . .	Historia natural medica.
A. Victorio de Araujo Falcão . . .	Materia medica, Pharmacologia e Arte de formular.
J. Carneiro de Campos.	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas.	Anatomia medico-cirurgica.
Antonio Pacifico Pereira. . . .	Histologia
Manuel José de Araujo	Physiologia.
Guilherme Pereira Rebello. . . .	Anatomia e Physiologia pathologicas
Augusto C. Vianna.	Bacteriologia
Deocleciano Ramos.	Obstetricia
Braz Hermenegildo do Amaral . .	Pathologia cirurgica.
Fortunato Augusto da Silva Junior .	Operações e apparelhos
José Eduardo F. de Carvalho Filho. .	Therapeutica.
. . . .	Hygiene.
Raymundo Nina Rodrigues. . . .	Medicina legal e Toxicologia.
Alfredo Britto	Clinica propedeutica.
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica, 1.ª cadeira
Ignacio Monteiro de Almeida Gouveia .	Clinica cirurgica. 2.ª cadeira
Anisio Circundes de Carvalho. . .	Pathologia medica.
Francisco Braulio Pereira.	Clinica medica 2.ª cadeira
Climerio Cardoso de Oliveira . . .	Clinica obstetrica e gynecologica.
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica
Francisco dos Santos Pereira. . .	Clinica ophtalmologica.
Alexandre E. de Castro Cerqueira .	Clinica dermatologica e syphiligraphica
J. Tillemont Fontes	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Aurelio R. Vianna.	Clinica medica 1.ª cadeira.

Luiz Anselmo da Fonseca.	Em disponibilidade
João E. de Castro Cerqueira . . .	Em disponibilidade
Sebastião Cardoso	Em disponibilidade

Lentes substitutos

OS DOUTORES

. . . .	1.ª secção
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão . . .	2.ª »
Pedro Luiz Celestino	3.ª »
Josino Correia Cotias	4.ª »
. . . .	5.ª »
João Americo Garcez Fróes.	6.ª »
Pedro da Luz Carrascosa.	7.ª »
J. Adeodato de Souza	8.ª »
Alfredo Ferreira de Magalhães . . .	9.ª »
Clodoaldo de Andrade.	10. »
Carlos Ferreira Santos	11. »
. . . .	12. »

SECRETARIO—DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES

SUB-SECRETARIO—DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

Duas palavras

As grandes e monumentaes acquisições da cirurgia trouxeram á humanidade soffredora — nau batida por tantas tormentas — a salvaguarda mais poderosa, o arrimo mais efficaz e benefico, que tudo transpõe.

Ella — ramo positivo da medicina — baseada em dados experimentaes, ao lado da asepsia, tudo consegue e aquillo que pelos antigos era considerado impossivel, hodiernamente é prefixado por ella com o auxilio de um fertilissimo manancial, como praticavel.

Instituida sobre uma base organisada por espiritos tenazes cujo saber constituia um triumpho e cuja perseverança, uma virtude, ella foi pouco a pouco, ora espargindo uma prateada luz, ora recebendo o aureo influxo de valentes e decididos cultores, modelando-se até attingir o supremo gráo de perfeição á que é dado chegar. Sob um véo irisado de encantos se divulga o lemma mais humanitario e consolador — toda confiança e amor — restringir a mutilação e suavisar as dôres do paciente.

Quanto allivio e quanta satisfação não leva ella ao lar entrestecido onde a dôr geme e o soluço vem estrangular-se nos labios do infeliz enfermo?

Quanta esperança não infunde aos corações consternados onde se aninha o sentimento heroico da resignação, que purificado no crisol dos soffrimentos se deixa transparecer ou num riso — reflexo de santas reminiscencias ou numa lagrima, transumpto de uma dôr que rebrama no fundo do coração?

A feitura do nosso singelo trabalho não foi suscitada por estas peregrinações emprehendidas ao adormecer de um riso e ao despertar de um sonho pelas regiões da alvorada; não, desde a muito que pretendiamos dissertar sobre uma das molestias deste orgão as quaes se têm tornado

o alvo dos mais constantes e porfiados estudos de sabios estrangeiros universalmente conhecidos como especialistas.

Foi levado por sua importancia capital e por um dever sagrado, que pensamos na confecção deste trabalho inaugural, escripto de um folego e que acha-se, somos o primeiro a reconhecer, crivado de defeitos.

Bem sabiamos que era difficil, senão impossivel, apresentar um estudo completo e escoimado de imperfeições mas, em obediencia á lei, offerecemos este onde colligimos tudo que se ha dito acerca dos melhores processos para a profligação deste mal e que existe disperso em tratados e revistas de cirurgia.

Não temos a pretenção de muitos, que se tendo em conta de autor, pelo simples facto de apresentar um trabalho, porventura incompleto e muita vez mal esboçado, assumem um orgulho estolido, chegando mesmo a erguer um pedestal afim de ver um dia os seus nomes fulgurarem.

Estulta pretenção, demasiado orgulho e sobranceria censuravel não temos nós; a nossa galera proseguirá no seu rumo, ostentando-se pela singelesa e sinceridade.

Assim como as vestes grosseiras occultam muitas vezes um corpo divinal, estas poucas linhas, producto de acuradas lucubrações, de algumas observações e de momentos de cruciante desanimo sob o seu grosseiro e tosco formato, abrigarão as nossas intenções e fadigas.

Si este motivo por si só basta para que os leitores possam ajuizar não só do nosso proceder como tambem do nosso modesto trabalho, ha um outro que muito nos satisfaz, que é o de não pretendermos dar-lhe um brilho, mencionando o nome de algum mentor que não o nosso.

Dividimol-o em sete capitulos; nos seis primeiros tratamos succinta-

mente pois viṣamos o que existe de essencialmente pratico—a questão do tratamento das rectites stenosantes e de que faz parte o ultimo capitulo.

Terminamos com ligeiras apreciações sobre os methodos por nós expendidos e si não apresentamos observações é por achar-se incompleta grande parte das que colhemos.

Do intelligente leitor, pois, esperamos benevolencia.

Do Autor.

I

Anatomia descriptiva do recto

A porção terminal do grosso intestino denomina-se *recto* e é assim chamada por ser ella menos flexuosa que a do colon. Delimita-se inferiormente pela linha ano-rectal (linha ano-cutanea de Hermann) e superiormente começa onde termina o mesocôlon ilio-pelviano.

Todos os autores não estão de commum accordo com este ultimo modo de ver, dando-lhe differentes limites; nós, porém, apresentamos a opinião dos professores Tréves e Testut que dão como inicio deste orgão a terceira vertebra sacra em sua parte mediana.

Está situado na parte posterior da pequena bacia e mediatamente adiante da columna sacro-coccygiana e solidamente fixado nesta posição pelo peritoneo, tecido cellular, vasos hemorrhoïdarios superiores e medios, pelas bainhas e laminas conjunctivas que cercam estes vasos e pelos elementos que entram na constituição do perineo. Em sua parte inferior elle se escapa desta cavidade, atravessa o perineo, abrindo-se em a sua superficie cutanea D'ahi a sua divisão em *sacro-coccygiana, porção intra-pelviana, porção pelviana,* correspondendo a porção superior, e em *extra-pelviana* ou *porção perineal,* que corresponde a inferior. O comprimento do recto que é cylindroide e fasciculado no exterior, é de quasi 20 centimetros.

Em sua direcção elle descreve duas curvaturas ante-posteriores e duas lateraes.

Daquellas, uma é superior e concava para adiante e se amolda sobre a concavidade sacro-coccygiana, outra inferior e concava atráz, muito mais curta e abraça o coccyx em sua concavidade. O ponto culminante desta segunda curvatura corresponde para adiante á face posterior da prostata. Das duas outras curvaturas, a superior, mais accusada é concava á esquerda; a inferior, collocada ao nivel da symplyse sacro-coccygiana, é concava á direita.

Seu calibre que conforma-se com o estado de vacuidade ou de repleção, é menos consideravel que o do *S iliaco* e vae augmentando de cima para baixo; um pouco acima do anus elle se dilata em uma ampola (ampola rectal), que póde adquerir grandes dimensões nos casos de retenção de materias fecaes.

O recto póde ser ainda dividido em duas porções: uma superior, *porção peritoneal*; outra, inferior, *porção sub-peritoneal*.

E' util encarar-se esta disposição que tem grande importancia sob o ponto de vista pathologico e operatorio. Em primeiro logar, o peritoneo desce mais sobre a face anterior do que sobre a posterior do recto.

Chegado ao nivel da base das vesiculas seminaes, no homem, ao quarto superior da vagina, na mulher, elle se desvia para se dirigir sobre a bexiga, no homem, — *cul-de sac recto-vesical*, sobre o utero, na mulher — *cul-de sac recto-vaginal*.

Estes dois *culs-de sac* são situados 6 a 7 centimetros acima do anus.

Relações do recto. — Posteriormente, o recto corresponde á linha mediana do sacro, e de cada lado da linha mediana aos feixes de origem dos musculos pyramidaes, ao grande sympathico, e aos ramos do plexo sacro, que desembocam dos buracos sacro-anteriores; mais abaixo em sua porção coccygiana elle está em relação com o coccyx e os musculos ischio-coccygianos, e inferiormente ainda em sua porção sub-coccygiana é envolvido pelo elevador do anus e o esphincter externo. Um tecido cellular frouxo une a parede rectal aos orgãos visinhos no seio do qual se acham as duas arterias sacro-lateraes, a media e a glan-

dula coccygiana de Luschka. Anteriormente e no homem, elle está em relação com o *cul-de sac* recto-vesical do peritoneo, que o separa da bexiga e no qual se accumulam as ansas do intestino delgado; mais abaixo, isto é, na porção sub-peritoneal com o baixio da bexiga, do qual é separado pela aponevrose prostato-peritoneal de Denonvilliers, com as vesiculas seminaes, prostata, etc. Na mulher elle está em relação com o *cul-de sac recto-vaginal* ou *cul-de sac* de *Douglas*, que o separa da vagina e do utero.

Mas, abaixo deste *cul-de sac*, o recto se encosta á parede posterior da vagina que substitue aqui, sob o ponto de vista das relações, o baixio da bexiga e a prostata.

Lateralmente, elle está em relação de cima para baixo com o tecido cellular sub-peritoneal. com os musculos elevadores do anus que o separam da fossa ischio-rectal, e com o esphincter externo do mesmo.

Estructura do recto.—Ha aqui o mesmo numero de tunicas como em todo o grosso intestino: ellas apresentam entretanto algumas modificações.

A tunica peritoneal é muito incompleta, pois, como dissemos, o peritoneo não envolve o recto senão em seus dois terços superiores, quasi. A tunica musculosa é formada de duas ordens de fibras, umas longitudinaes e superficiaes, outras circulares e profundas.

Estas formam uma camada regular que envolve de um lado toda a circumferencia de orgão, do outro se estende de sua extremidade superior a sua extremidade inferior.

Ao nivel da ampola rectal, as suas fibras se adelgaçam, mas, a proporção que descem, tornam-se espessas até attingirem o anus, onde formam uma especie de annel muscular denominado esphincter interno. Aquellas formam duas faixas que se alargam a proporção que descem e. cobrindo uma parte cada vez maior das duas faces anterior e posterior, chegam ao contacto uma da outra ao nivel dos bordos direito e esquerdo. Então ellas não formam senão uma só camada, occupando toda a circumferencia do orgão.

Ellas são mais delgadas nas partes lateraes do conducto do

que sobre as faces anterior e posterior. Ha uma camada cellulosa entre esta ultima e a mucosa que apresenta dobras numerosas apreciaveis ao dêdo, embaraçantes a exploração e que podem muitas vezes trazer obstaculos serios á introducção de uma sonda.

Ella apresenta os caracteres geraes da mucosa do grosso intestino, differenceando-se, porém, da que reveste o cecum e colon pelas particularidades seguintes: 1.º pelas dobras semi-lunares—*valvulas semi-lunares do recto* ou *valvulas de Morgagni*—que acham-se sobre a parte inferior immediatamente acima do anus; 2.º pelas saliencias longitudinaes—*columnas de Morgagni*, que apparecem ao nivel dos pontos em que se continuam as extremidades lateraes das valvulas semi-lunares com as correspondentes das valvulas visinhas; 3.º pelo desenvolvimento mais consideravel de suas glandulas em tubo; 4.º pela sua adherencia á tunica musculosa, que é menor, dahi a possibilidade de sua desunião e por conseguinte *quéda do recto;* 5.º emfim, pelo desenvolvimento todo especial de seu systema venoso.

Vasos e nervos.—As *arterias* são fornecidas pelas tres hemorrhoidaes; superior— ramo terminal da mesenterica inferior; media—que vem da hypogastrica e em geral é de pequeno calibre, e inferior que nasce da pudenda interna.

As *veias* seguem o trajecto das arterias; numerosas, volumosas e flexuosas vão se lançar, a hemorrhoidal superior na pequena mesaraica e as duas outras na veia hypogastrica. Todas estas veias nascem de um plexo sub-mucoso—*plexo hemorrhoidal* situado ao nivel dos *godets* de Morgagni e formam uma especie de annel com dilatações ampolares. Dessas especies de pequenos lagos sanguineos, emergem troncos venosos que sobem entre a mucosa e musculosa e, atravessando esta ultima em numero de seis a oito ramos, a oito ou dez centimetros do anus, constituem as raizes das veias hemorrhoidaes externas.

Os *lymphaticos* se dirigem de diante para atraz a um grupo de pequenos ganglios que occupam a concavidade do sacro e que se continuam em cima com os ganglios lombares. Estes

ganglios cercam pela maior parte os principaes ramos das arterias e veias hemorrhoidaes superiores.

Nervos — Os nervos do recto procedem de tres fontes: plexo lombo-sacro, plexo hypogastrico e plexo sacro. Os filetes que partem do plexo lombo-sacro chegam ao recto, seguindo a principio a mesenterica inferior e depois as hemorroidaes superiores.

Os do plexo hypogastrico approximam-se das partes lateraes do orgão, seguindo os trajectos das arterias hemorrhoidaes medias e inferiores.

Os fornecidos pelo plexo sacro nascem directamente do segundo, terceiro e quarto nervos sacros. Elles se dirigem para baixo e para adiante á parede posterior do recto, que elles penetram ao mesmo tempo que os ultimos ramos das hemorrhoidaes superiores.

II

Definição, etiologia e pathogenia

E' á stenose concumitante ou consecutiva a uma inflammação do recto, de natureza variavel, de constituição uniforme, com caracteres morphologicos e cortejo symptomatico bem apreciaveis, que denominamos *rectite stenosante*.

A muitas causas está ella sujeita: á inflammações situadas nas porções superiores ou inferiores do grosso intestino; á dos orgãos visinhos, prostata e vesiculas seminaes. no homem, e annexos do utero, na mulher; aos abcessos que vêm se abrir no interior do orgão, contaminando-o desta forma directamente; a certos medicamentos, determinando ora necroses, ora congestões, necroses e congestões estas favoraveis á acção dos microbios existentes normalmente nesta porção; a purgativos drasticos energicos tomados em excesso, como aloes e coloquintida; aos traumatismos de natureza differente, taes como os corpos extranhos, os vermes intestinaes, etc.; aos attritos e contusões levados á mucosa procedente d'um prolapso; aos polypos e hemorrhoides pelas inflammações a que estão sujeitas; á blennorrhagia rectal muito mais frequente na mulher do que no homem, devida, quer á uma auto-inoculação, quer ainda á pratica da pederastia, factores estes importantes e conducentes á mucosa do pús blennorrhagico.

Sobre o primeiro modo de transporte do pús blennorrhagico

da urethra á mucosa rectal, temos a citar o caso d'um doente de Rollet que, victima concumitantemente d'uma blennorrhagia urethral e d'uma constipação pertinaz, contaminara-se com um dos dedos que o auxiliava no desembaraço da massa fecal existente em seu recto.

Em outros casos, a contaminação se effectúa em seguida á abertura no recto d'uma bartholinite suppurada ou então pelo transporte das secreções vaginaes á região perineal e ao anus.

Ora, sendo a contaminação deste orificio pelo contacto mais ou menos prolongado do pús plausivel, o apparecimento da mesma por uma inflammação ascendente é facto inconteste.

A dysenteria tem sido violentamente incriminada, bem que a sua acção seja incerta. Nas discussões emprehendidas sobre este assumpto, não parece-nos terem sido sufficientemente distinctos os dois mecanismos pelos quaes a dysenteria poderia dar logar á stenose rectal.

E' necessario encarar separadamente as stenoses cicatriciaes consecutivas á ulcerações e as inflammatorias. Para as primeiras, as stenoses cicatriciaes de origem dysinterica é provavel que não existam. Como observa o Professor Cornil, as ulcerações dysintericas são mui superficiaes para engendral-as. A questão, porém, das stenoses inflammatorias é mais embaraçante.

Uns negam a existencia de stenoses consecutivas á dysinteria e entre estes acham-se Quénu e Hartmann que dizem: «Les cas qu'on attribue á la dysenterie ne son peut-être quelquefois que des tuberculoses rectales, le diagnostic retrospectif de dysenterie reposant en général uniquement sur ce fait que le malade raconte avoir eu antérieurement de la diarrhée sanguinolente»,

Entretanto, são elles os primeiros a confessar que observaram casos de stenoses consecutivas á dysenteria, mas que, apesar desta affecção poder gosar de um papel etiologico, ellas são excepcionaes.

As stenoses consecutivas á lesões tuberculosas são raramente notadas, bem que a tuberculose tenha sido constantemente verificada pela autopsia praticada nos conductores de uma stenose do recto.

Por outro lado, o numero de stenosados que succumbem á

tuberculose pulmonar, é extremamente consideravel, como provam as estatisticas.

A syphilis tem sido apontada como factor mais observavel nos doentes acommettidos de estreitamento. Juliusburger dá a proporção enorme de 66 para 100. E' preciso, porém, dar um certo limite a isto, afim de não considerar todo estreitamento como uma manifestação syphilitica, da mesma maneira que a gomma.

O estreitamento será uma affecção secundaria enxertada sobre uma lesão syphilitica, ou uma manifestação verdadeira?

Considerado assim será um accidente primitivo, secundario ou terciario?

Será uma modalidade toda especial da syphilis, evoluindo a este nivel? Ha tido seus defensores cada uma destas hypotheses. Després (1) pensava que as stenoses do recto eram as mais das vezes o resultado de cancros phagedenicos do anus ou do recto não tratados cuidadosamente, e que tinham por origem, quer um cancro molle, quer uma placa mucosa ulcerada do anus. Esta opinião não poderia formar actualmente adeptos, porquanto não existe caso algum em que tenha se observado uma placa mucosa soffrer uma semelhante transformação.

Para Gosselin (2), o estreitamento syphilitico do recto não é um accidente constitucional, mas uma lesão de visinhança desenvolvida acima de um cancro do anus pela propagação da inflammação, por um accidente puramente local e por uma sorte de cheloide sub-mucoso intra-rectal.

Trelat e Delens emittiram opiniões differentes, que foram corroboradas pelos trabalhos ulteriores de Verneuil, Panas, etc., e Fournier. Este ultimo chamou a attenção sobre os estreitamentos que sobrevêm em pessoas idosas, muitos annos após o apparecimento da syphilis. Ao seu vêr estavam ligados a um accidente constitucional da syphilis, causado pela apparição d'um *syphiloma ano-rectal*, consistindo a affecção n'uma infiltração de todas as tunicas rectaes por cellulas embryonarias ou então,

(1) Archives génerales de médecine—1868.

(2) Ibdem — 1854.

por outras palavras, n'uma especie de tumor que, sob o ponto de vista da estructura, differe pouco da gomma, mas que não tem a mesma evolução.

Não tratado pelo agente especifico da syphilis, persiste bastante tempo, degenera e se aggrava, torna-se fibroso e se retrahe.

Esta retracção é o phenomeno essencial donde vae depender toda a evolução ulterior do processo pathologico, isto é, do estreitamento. Fournier e Zapula declaram que, independente de tudo quanto acima dissemos, o proprio syphiloma em si póde produzir o estreitamento do intestino. A' theoria expendida pelo professor Fournier fizeram ardentes argumentações e, entre as de merito, sobresaem a da ausencia em certos individuos de todo outro accidente especifico, e da inefficacidade do tratamento. O facto é possivel no primeiro caso, mas não é um motivo sufficiente para negar a syphilis; quanto ao segundo, explica-se pelo adiantado gráo de stenose, e, conseguintemente, sendo definitivas as lesões de esclerose, não poderiam retroceder. Apesar de todos estes argumentos, certos autores põem-nos de quarentena, não admittindo a syphilis em todos os casos.

III

Anatomia pathologica

Examinando os córtes feitos ao nivel, abaixo ou acima do estreitamento, procuramos tornar o estudo methodico e é o que vamos encetar. Assim, se fizermos um córte ao nivel do estreitamento, por um exame macroscopico observaremos o seguinte: 1.º um espessamento manifesto das paredes do intestino e uma massa callosa, espessa (4 millimetros a 1 centimetro e até mais) que limita o calibre do orgão; 2.º a mucosa e a massa fibrosa subjacente são confundidas a tal grão, que é impossivel, como diz Fournier, separal-as pela dissecção mais paciente e attenciosa, pois todos os seus elementos estão formando um só blóco fibroso. Não queremos dizer com isto que ella mucosa deixe de existir, não, mas, devido a sua espessidão notavel e adherencia á parte subjacente, ella é absolutamente inseparavel.

Além disso, ella, infiltrada de productos neoplasicos, tem soffrido uma verdadeira transformação fibrosa, que a confunde com as outras tunicas alteradas do mesmo modo. 3.º Ao tacto a mucosa dá sensação de secura bem differente da que dá a mucosa normal; 4.º a cellulosa por sua vez é séde de lesões importantes e de maxima intensidade. Alguns autores são de accordo que o trabalho phlegmasico chronico se faça primitivamente neste tecido, invadindo em seguida as camadas visinhas, de um lado a mucosa e do outro a muscular, 5.º As lesões, se

estendendo excentricamente, invadem a tunica muscular cujas fibras mais internas são a principio dissociadas pelo tecido fibroso, mais tarde, porém, destruidas pela invasão excentrica do mal. Neste caso, e quando o mal continúa a invadir, toda a espessura do orgão é transformada numa massa fibrosa e, muita vez excedendo as tunicas, vae ter ao tecido cellular peri-rectal e mesmo na mulher á divisão recto-vaginal.

* * *

Abaixo do estreitamento notam-se: 1.º a mucosa é realmente doente, vermelha, exulcerada ou mesmo ulcerada e, tendo perdido sua flexibilidade, é rigida, manifestamente espessada e as vezes, conforme o gráo de irritação, repleta de granulações ou verdadeiras saliencias; 2.º as tunicas subjacentes podem se achar infiltradas de productos inflammatorios; 3.º fistulas que partem desta porção e que assemelham-se ás que acompanham os estreitamentos congenitaes

Ellas não encerram liquido algum (fistulas secas de Trélat); seu trajecto muita vez curto parece talhado, como dizem os francezes, *à l'emporte-pièce.*

São multiplas e vêm se abrir á pelle do perineo ou mesmo aos orgãos visinhos.

* * *

Acima do estreitamento ou stenose podemos observar: 1.º largas ulcerações occupando toda a circumferencia do orgão e attingindo uma certa altura (8 a 10 cent. as vezes) a partir da qual, a mucosa retoma o seu aspecto normal; 2.º que estas ulcerações podem ou destacar completamente a mucosa ou ainda perfurar completamente a parede intestinal; 3.º excepcionalmente, em vez de uma larga ulceração, multiplas (Quénu e Hartmann) attingindo até as porções superiores do intestino.

Ellas parecem o resultado, pelo menos em grande parte, do contacto prolongado das materias com a mucosa. Estas stenoses

situadas commumente no terço inferior do recto, podem attingir alturas variaveis além do limite do dedo.

A sua fórma é bem caracteristica e mais do que sua séde; é annular, isto é, occupa toda a circumferencia do recto, sem haver ponto de predilecção para a sua accentuação.

*
* *

Depois de havermos compulsado os estudos apresentados pelos Professores Malassez, (1) Sourdille, (2) P. Delbet, (3) Hartmann e Toupet, (4) Quénu e Hartmann (5) e finalmente Navarro (6) sobre as lesões microscopicas, passemos a descrevel-as de um modo succinto.

1.º A mucosa é conservada e mui raramente a ulceração se estende ao nivel da stenose; 2.º ha substituição do revestimento epithelial cylindrico com glandulas em tubos, sob a influencia da inflammação chronica, por um epithelio pavimentoso estratificado, com corpos papilares irregullares; 3.º as glandulas desapparecem e Sourdille parece-nos que explica o processo da maneira seguinte: as glandulas flexuosas e dilatadas conservam o seu epithelio normal ao nivel dos *culs-de sac*, emquanto em sua abertura este se continúa por transição gradual com o epithelio pavimentoso; somente uma vez pode elle observar a persistencia do epithelio cylindrico normal e das glandulas de Lieberkühn; 4.º em alguns casos, grandes placas alongadas com aspecto de pelle, se desenvolvem no interior do orgão (pachydermia rectal); 5.º a substituição do epithelio cylindrico é explicavel pela sua mortificação, quéda e substituição pelo o pavimentoso vindo da visinhança, das columnas de Morgagni,

---

(1) Dicc. encyclopedique des Sc. Med.—Art. Rectum.

(2) Retr. tuberc, du rectum.—Arch. gener, de Méd.—1895.

(3) Traité de chirurgie clinique et operatoire.

(4) Nature des retrecissements dits syphilitiques du rectum. Sem. Méd. - 1895.

(5) Chirurgie du rectum.—1895.

(6) Rev. de chirurgie.—1901.

por exemplo. « Em um caso que estudei, diz Pierre Delbet, (1) a transformação era completa; grandes cellulas malphighianas na profundidade, stratum granulosum com pequenas gottas de eleidina, camada cornea ». 6.º Acima da stenose a inflammação desorganisa a mucosa e tende a destruil-a, sendo substituida por um tecido granuloso. As lesões da camada sub-mucosa se apresentam de uma maneira variavel, sendo mais constantes e mais importantes do que as que têm séde no epithelio. Podemos mesmo affirmar a exemplo dos autores, que esta camada é a séde verdadeira da affecção. De um modo geral ha hypertrophia e transformação fibrosa desta camada com apparição de numerosos elementos embryonarios; (2) mas este trabalho de esclerose se faz de um modo variavel segundo as causas de infecção, e actualmente distinguem-se tres typos de estreitamento:

1.º Typo inflammatorio diffuso;
2.º Typo syphilitico;
3.º Typo tuberculoso.

No primeiro typo achamos, resumindo as lesões: uma esclerose diffusa sem lesão vascular especial e uma dissociação e destruição das fibras musculares pela invasão desta esclerose; no segundo, isto é, no typo syphilitico ao mesmo tempo que faxas fibrosas, encontram-se lesões de endarterite syphilitica e nodulos gommosos bem limitados, que systematisam-se, ora em redor das arterias, ora das veias, apresentando muita vez um começo de desintegração em seu centro; finalmente, no terceiro typo, em o meio da infiltração embryonaria diffusa, dissociando os feixes conjunctivos de que se compõe normalmente a camada sub-mucosa, acham-se folliculos tuberculosos sem limites precisos na peripheria, contendo, porém, no centro cellulas gigantes. Em redor dos vasos, cadeas embryonarias diffusas não apresentando clara delimitação dos nodulos.

---

(1) Arch. génér, de Méd.—1893.

(2) No ponto de união da parte sã e da parte ulcerada, Malassez provou que a mucosa era largamente descollada, infiltrada de cellulas novas e que a cellulosa apresentava um grande numero destes elementos se prolongando em pontos em que a mucosa estava sã (Dicc. encyclop. des Sc. Méd. article *Rectum*.

Nas cellulas gigantes podem ser encontrados bacillos de Koch. Sourdille fez inoculação em um caso, obtendo resultados positivos.

* * *

Esta distincção em tres typos bem distinctos não tem grande valor e os autores apresentam contestações dignas de serem aqui reproduzidas. Assim, em casos em que a syphilis é absolutamente certa, nenhuma das lesões descriptas acima tem valor pathognomonico. Quénu tem assignalado, nas stenoses independentes de toda a syphilis conhecida, nodulos embryonarios arredondados; (1) talvez sejam elles devidos a irritação que determina a penetração nos vasos de agentes microbianos ainda mal determinados.

Quanto á tuberculose, seu papel é melhor estabelecido quando acham-se folliculos tuberculosos, no emtanto Sourdille declara que estes folliculos podiam ser raros e que seria preciso as vezes examinar uma serie de numerosos córtes antes de encontrar um só, e que investigações multiplas faziam-se mister afim de se poder affirmar a tuberculose.

E' preciso notar que a tuberculose *pode perfeitamente bem não ser senão secundaria* e se enxertar sobre um estreitamento inflammatorio simples. O enfraquecimento causado pelo mal, predispõe o doente á tuberculose pulmonar; os bacillos deglutidos com os escarros, podem facilmente inocular a vasta ulceração super-stenosante,

(1) Chirurgie du *rectum*, obs. LXIII.

IV

Symptomatologia

Dividindo este capitulo em diversos periodos, intentamos somente tornar o estudo mais comprehensivel, facil á descripção e methodisado.

1.° PERIODO. — *Periodo latente* — Os autores descrevem geralmente nas rectites stenosantes um periodo latente, durante o qual as manifestações do mal passam despercebidas.

O doente experimenta algumas perturbações digestivas sem comtudo invocar a causa das mesmas. Durante a sua duração que é de um anno e as vezes mais, o doente é submettido á innumeras medicações sem se poder precisar lucidamente o diagnostico.

Em pleno periodo secundario, porém, quando a stenose se constitue, a saida de um pús muito irritante, ichoroso, produz erosões muita vez dolorosas, de um cheiro fetido: os soffrimentos do doente que, a principio localisados no orgão, se acompanham mais tarde de dôres vagas no ventre, rins, penis, perineo, parte inferior do dorso e abaixo das nadegas, inappetencia e especialmente constipação; as fézes abundantes que se produzem e trazem grande allivio ao doente por tirarem-n'o desta oppressão e emfim todos estes symptomas e ainda o emmagrecimento e a anemia que vêm após, apezar de não

trazerem elucidação para o diagnostico, indicam comtudo ao medico a norma a seguir.

2.º Periodo. — *Perturbações locaes e geraes.* — Bem que a constipação exista e não pareça em geral um symptoma grave na mulher, chega-se um momento em que, devido ao grão de stenose, a saida das materias torna-se tão difficil e penosa que a exploração do recto faz-se necessaria afim de se reconhecer a verdadeira lesão dominante.

A retenção das materias começa algumas vezes violentamente (occlusão aguda). As dôres provocadas pelas ulcerações situadas acima do ponto stenosado, ampliam-se em intensidade; ha tenesmos, falsas necessidades de defecar que produzem somente a expulsão de um pouco de sangue e de algumas materias misturadas de pús.

O ventre tem se tornado volumoso, distendido e até doloroso; ha apparentemente, em menor intensidade, accidentes de estrangulamento herniario.

Ordinariamente, a marcha dos accidentes é chronica, havendo alternativa de diarrhéa e constipação; as materias se accumulando durante um certo espaço de tempo acima da stenose, favorecem o apparecimento de uma rectite que, produzindo secreções, facilita a desaggregação das materias e um desembaraço, muita vez, temporario.

E' possivel sentir-se a sensação da massa estercoral, accumulada acima do estreitamento pela palpação abdominal. Quando essa massa de materias fecaes é eliminada, encontrar-se-hão certos caracteres importantes; é misturada com sangue ou pús e apresenta formas variadas, segundo a séde da stenose.

Assim, quando a stenose está situada no terço inferior, o que é commummente notado no assumpto presente, ella se accumulando acima e não atravessando o ponto coarctado senão no momento do esforço empregado no acto da defecação, toma a forma achatada, laminada, assemelhando a uma fita.

Acontece, porém, o contrario quando ella tem a sua séde superiormente em virtude da sua passagem por demais vagarosa. Ella chega fragmentada á ampola rectal, onde toma a forma de

bolas antes de ser rejeitada. Estas distincções parecem sem valor e mais theoricas do que praticas. (1)

Somos partidarios do modo de encarar a forma das fézes como um symptoma trivial, porquanto são observaveis em muitas outras affecções: espasmo do esphincter, hypertrophia da prostata, retroversão do utero augmentado de volume e em geral nos tumores da bacia.

Quando o calibre do orgão é bastante stenosado, as perturbações geraes e locaes têm uma importancia de tal ordem que merecem maxima attenção do pratico. O corrimento purulento torna-se mais abundante e continuo; orificios fistulares multiplos ou não evacuam no perineo um pús fetido e irritante. Para expulsar as materias fecaes accumuladas acima do obstaculo, o doente é presa de esforços violentos, que provocam hemorrhagias as vezes abundantes, suppuração mais notavel, apparição de hernias e até prolapso ano-retal. Muitos, com intuito de produzirem a desobstrucção, introduzem corpos estranhos de natureza variada, dando origem a rasgaduras e inflammações sérias, as vezes mesmo á peritonites agudas. A marcha dos symptomas é geralmente lenta, podendo durar um ou mais annos.

Durante este lapso de tempo o doente emmagrece progressivamente, toma uma côr cachetica analoga á dos cancerosos e succumbe por causa da aggravação dos accidentes. Este facto tambem é devido a demora exageradamente longa das materias no tubo digestivo, que favorece a reabsorpção das materias toxicas, sendo a estercoremia a causa primordial. Em outros casos, a tuberculose pulmonar, a cellulite pelviana, a septicemia chronica, as complicações phlegmonosas e as de outra natureza, põem termo aos soffrimentos do paciente.

---

(1) Quénu e Hartmann — Obr. cit.

V

Diagnostico

Em o primeiro periodo o diagnostico se não é impossivel, é pelo menos difficil.

Vemos pelas ideas suggeridas no capitulo transacto, o quanto de difficuldade ha em fazer-se um diagnostico no proemio da molestia, isto é, num dos sub-periodos concernentes ao primeiro periodo.

O pratico deve se limitar primeiramente a um interrogatorio minucioso e segundo a sequencia de respostas promanadas do paciente, poderá ou não, procedendo o toque rectal perquirir, caso tenha encontrado algum ponto que lhe chamasse attenção, as causas que produziram taes lesões, quer sejam de natureza intrinseca ou extrinseca ao orgão.

Este toque deve ser feito cuidadosa e attenciosamente afim de distinguir as differentes formas de rectites e as affecções que podem communmente trazer enleios serios ao diagnostico, trazendo desta forma ao assumpto vertente esclarecimentos de subida importancia.

Mesmo em pleno *segundo periodo*, dão-se erros porque, satisfazendo-se simplesmente com o exame de inspecção das regiões perineal e anal, tomam-se fistulas ligadas á stenoses como insignificantes e vegetações condylomatosas desenvolvidas nesta região como hemorrhoides. A verdadeira rectite proliferante pura, differe da outra pelas saliencias multiplas, independentes

umas das outras, de consistencia firme, rugosa, cornea, que resistem sob o dedo sem se deixarem penetrar pela unha e que repousam sobre uma mucosa flexivel e movel; são tão caracteristicas que, tendo-se em mente estes caracteres de summa importancia e uma vez sentidas, não poder-se-ha enganar. Ora, ante estes caracteres, podemos com facilidade differenciar estas vegetações das epitheliomatosas que são molles, fungosas e se deixam penetrar pela unha, dando logar á hemorragias mais ou menos abundantes.

Havendo de nossa parte alguma duvida, promptamente se desvanecerá si fizermos um exame cuidadoso na mucosa visinha á estas vegetações. Assim, se ellas repousarem sobre tecidos flexiveis, sobre uma mucosa sã poderemos excluir desde então a idéa de malignidade, porquanto é um signal pathognomonico desta forma de rectite. Podemos ficar embaraçados novamente, quando ellas adquirem um volume descommunal e accommodam-se em pequeno numero com os polypos glandulares; mas estes ultimos, algumas vezes multiplos, se desenvolvem especialmente nas crianças e sua consistencia é mais elastica e sua superficie não tem dellas a dureza cornea. A forma stenosante pura é igualmente facil de conhecer-se. A ella pertence a forma que toma o orgão attingido—a de um canal rigido regularmente conico. O dedo que ahi penetrar, sendo bem affeito a estas pesquizas não se poderá enganar. Ha uma forma que se approxima desta, menos regular, e que é extremamente rara; queremos falar do cancro annular. Si o toque rectal, porém, não divisar uma massa fungosa, tendo todos os caracteres por nós apresentado acima e de mais, si a molestia não teve uma evolução rapida e a cachexia não fôr notavel, faremos a exclusão desta possibilidade. Nenhuma outra stenose do recto tem anologia, embora afastada, com a que nos occupamos e a forma do canal que é regularmente conica, a peripheria do recto igualmente attingida e, finalmente, a estreiteza do mesmo á proporção que o dedo transpõe, tudo virá em inimaginavel auxilio para o diagnostico.

No primeiro periodo, por meio deste simples exame, podemos reconhecer ou observar ulcerações super-jacentes á stenose;

em geral, porém, quando os doentes vêm nos consultar, esta é já infranqueavel ao dedo. As vezes a stenose é dura, rigida, inextensivel ou quasi e não permitte a introducção do dedo nem a mais ligeira dilatação (rectite stenosante antiga); outras vezes o annel stenosado é elastico e muito extensivel (stenoses congenitaes); finalmente em outras condições, a stenose é desigual, allongada, sinuosa e constituida por indurações successivas,separadas por espaços mais ou menos dilataveis (stenoses consecutivas á dysenteria, á diarrhéas chronicas). Assim, nesta primeira forma, isto é, quando a stenose é dura, rigida, inextensivel ou quasi, devemos, quando aquillo succeder, evitar manobras violentas que são communmente acompanhadas de consequencias graves.

As stenoses cicatriciaes são constituidas por brides salientes, irregulares, que deformam o orgão e differem completamente da rectite stenosante pura. Acontece as vezes, como mostrou Trélat, que as stenoses congenitaes não se revelam clinicamente senão numa idade avançada, porém, assim acontecendo não podemos ser levados ao erro por uma simples rasão: é que muito embora os symptomas funccionaes engendrados por ellas assemelhem-se aos de uma rectite stenosante, não o mesmo com os seus caracteres physicos que differem *in globo*.

Quando ella tem a sua séde superiormente, o que é raro na questão vertente, e quando o dedo não póde ultrapassal-a por causa de sua estreiteza é necessario, afim de determinar o comprimento da mesma, ter mão de apparelhos apropriados, sondas munidas em sua extremidade de um saco de pelle delgada e insufflavel (Langier); ou então do balão dilatador de Tarnier, de velas impressoras, etc., e ainda do explorador com extremidade olivar, identico ao que serve para o exame de urethra. Assim, havendo introduzido o dito explorador além do estreitamento, faremos pequenas tracções afim de, pela extremidade olivar que vem se juxta-pôr no limite superior do mesmo estreitamento, podermos avaliar o comprimento da porção coarctada.

Estas explorações devem ser praticadas delicada e cuidadosamente por serem dolorosas e pelos accidentes graves a que estão sujeitas.

Além destas differenças que apresentamos acima, temos a concumitancia da rectite para distinguir as stenoses inflammatorias dos estreitamentos cicatriciaes ou congenitaes. Nas formas mistas, stenosante e proliferante, o diagnostico apresenta enormes difficuldades. Podem ser tomadas por cancros e nestes casos que difficultam o diagnostico, a analyse das sensações apprehendidas pelo toque rectal, faz-se mister afim de se evitar o erro. Conjunctamente taes signaes podem confundir ao pratico, ao passo que, dissociados pacientemente, elle chegará facilmente a um diagnostico exacto. Vejamos: a zona proliferante se estende abaixo da stenosante e, algumas vezes, até ao canal anal. Nesta primeira zona o dedo perceberá as vegetações, conservando o seu caracter de independencia, firmeza, resistencia, bem differentes das de natureza epitheliomatosa. Mais acima, correspondente á região stenosada, as vegetações são menos desenvolvidas e achamos todos os caracteres typicos da stenose em forma de cone. Ha difficuldade concernente ao diagnostico dos casos tuberculosos dos de natureza diversa.

Pierre Delbet, Faure e Rieffel declaram que, quando existirem fistulas se abrindo abaixo do estreitamento e desenvolvidas independentes de grande reacção inflammatoria, podemos asseverar tratar-se de um caso tuberculoso. Ao nosso fraco vêr isto é possivel, porém, ainda não demonstrado.

Outros erros são commettidos e mais frequentemente por interpretarem-se as fézes raras e difficeis de que se queixam os doentes por uma simples constipação e as fézes liquidas, mucosas, viscosas, sanguinolentas (raras, porém observaveis) por uma diarrhéa ligada a um estado dysenteriforme.

Para terminar, digamos que as complicações inflammatorias devem ser reconhecidas antecipadamente afim de se proceder com maximo cuidado o exame e evitar desordens lamentaveis não só quanto ao conceito do pratico como tambem á vida do doente.

VI

Prognostico

Pelo que foi e será expendido, vemos e veremos o quanto de gravidade encerra em si a rectite stenosante.

Além disto, a vida do doente póde achar-se compromettida pelos multiplos accidentes que sobrevêm communmente a dilatação e aos diversos methodos de rectotomia.

A propria extirpação dantes tão considerada como um tratamento radical, não abriga o doente de reincidencias, pois, a rectite persistente produzirá inevitavelmente novas stenoses. Ellas por sua vez dão logar ao accumulo de fézes acima do obstaculo, accumulo este que produz dilatações do intestino e dá origem a verdadeiras bolsas nas quaes ellas se detêm e dahi a formação de tumores fecaloides.

A mucosa, soffrendo tambem e constantemente alterações mais ou menos profundas, como bem demonstrou Gosselin, é exulcerada e fornece uma certa quantidade de pús.

Esta inflammação póde exceder os limites da mucosa e dar logar a accidentes graves: phlegmões, fistulas, suppuração rectal inexgotavel, perturbações nutritivas, etc., como dissemos no capitulo concernente a symptomatologia.

Todavia, havendo cuidados minuciosos e uma therapeutica apropriada, ellas podem ser compativeis com uma existencia longa; mas, nem sempre os doentes sujeitam-se pacientemente ao longo tratamento instituido, quer pela sua persistencia inquie-

tadora e sua rebeldia aos meios de tratamento, quer ainda pelas dores e fadigas causadas pelo emprego das méchas ou sondas dilatadoras e então, buscam na morte pelo suicidio os lenitivos tão almejados para os seus soffrimentos e o descanço para o seu corpo tão alquebrado pelos padecimentos.

I

Tratamento

Descripto assim em traços rapidos e até onde permittiram o alcance de nossas forças e aptidão de nosso limitadissimo conhecimento, o estudo anatomo-descriptivo e pathologico, definição, etiologia e pathogenia, a symptomatologia, diagnostico e prognostico, passemos agora ao estudo do tratamento com que epigraphámos o nosso modesto trabalho e do qual deviamos somente aqui tratar, mas que, para maior elucidação do assumpto, assim não o fizemos.

Dividimol-o em: tratamento medico que pouco havemos de tender devido a sua pequena importancia no assumpto presente e em tratamento cirurgico do qual occupar-nos-emos detidamente, apresentando os numerosos processos de que a sciencia dispõe e, finalmente, terminaremos este capitulo fazendo uma ligeira apreciação sobre os methodos expostos.

Assim expendido, entremos na parte que nos compete dissertar.

II

Tratamento medico

Si, durante as primeiras epocas das retites stenosantes, o tratamento medico tem uma utilidade incontestavel, não acontece o mesmo quando em face de uma já adiantada phase e, neste caso então, elle deverá unicamente limitar-se em sustentar as forças do doente pelos tonicos, fricções, hydrotherapia e por um regimen apropriado; instituir-lhe purgativos brandos ou clystéres, lançando mão de preferencia do oleo de ricino com o fim de favorecer a regularidade na defecação.

Quando a stenose constituida, porém, fôr demasiadamente estreitada ou quando a rectite predominante fôr intensa, afim de evitar o rasgamento das paredes rectaes ao iniciar o uso de clystéres, devemos redobrar de serios cuidados, pois, têm-se visto destes resultados desagradaveis em o seu emprêgo nesta phase tão pronunciada das stenoses. E' aconselhavel mesmo despresal-as, não só porque estes resultados podem surprehender o pratico, pondo-o em difficeis emergencias, como pela susceptibilidade de que o orgão póde ser séde, da qual elle nenhum conhecimento tem. Deve ainda ser ministrado afim de obter a asepsia do recto e supprimir todas as causas de irritação ao nivel do mal.

Para alcançar este fim, aconselha Pierre Debelt um meio algo verdadeiramente pratico e de incontestavel, senão efficacidade, pelo menos de palliação admiravel.

Assim, após cada defecação devem-se fazer irrigações com agua boricada quente, até que o liquido saia perfeitamente limpido, afim de desembaraçar o orgão de todos os residuos; em seguida, um clystér de 250 grammas de leite de bismutho que deve ser retido durante um certo espaço de tempo, sufficiente para que o seu sedimento se deponha regularmente sobre toda a parede rectal. Ainda mais, é necessario diminuir-se a frequencia das defecações pela prescripção de medicamentos opiaceos.

Com este artificio, consegue-se que o recto se conserve vasio durante dois ou tres dias e, durante este tempo, o emprego de irrigações e suppositorios iodoformados, ou o toque com sulphato de zinco e nitrato de prata fazem-se necessarios. Na opinião de Allingham o sub-acetato de chumbo e o leite (4 grammas para 80) com belladona e opio prestam relevantes resultados nas ulcerações concumitantes á stenose.

Quando as dores forem intensissimas, podemos empregar a pomada seguinte, que deve dar excellente resultado:

Sub-nitrato de bismutho	8 grammos
Protochloruıeto de hydrargirio	2,gr50
Morphina.	15 centigrms
Glycerina	8 grammos
Vaselina	30 grammos

Sabemos que se certas irritações são consideradas como favoraveis, outras, ultrapassando um limite, só poderão ser nocivas e como a natureza estructural de cada orgão tem susceptibilidades variaveis, devemos velar o emprego de certos medicamentos de cuja acção nociva não podemos antever. Pelo tratamento especifico Trélat, Fournier e outros obtiveram senão curas completas pelo menos consideraveis melhoras.

Actualmente, porém, estes factos são considerados como excepcionaes e digamos, a exemplo de muitos, que o tratamento anti-syphilitico acção nenhuma tem sobre a stenose constituida.

A de phase recente pode ser influenciada em sua evolução pela administração de medicamentos especificos e, segundo observações numerosas que estão ahi para attestar e que falam bem

alto, o uso destes medicamentos combinados com fricções mercuriaes dão resultados magnificos nas primeiras epocas de sua existencia.

Finalmente, o pratico deve velar attenciosamente sobre o estado dos pulmões, pois, como sabemos, são mui frequentes as infecções pulmonares, no periodo terminal da rectite stenosante.

III

Tratamento cirurgico

1.º Dilatação lenta e progressiva.—As primeiras dilatações foram empregadas com intuito de conduzir-se sobre a lesão um medicamento especifico e foi Desault quem primeiramente se serviu deste processo, introduzindo mechas envoltas em unguento mercurial nos estreitamentos, obtendo com este simples tratamento resultados magnificos. Mais tarde, porém, reconheceu-se a insufficiencia deste tratamento e que a acção bemfazeja obtida era devida unicamente a de presença da mecha que, como dizia Dupuytren, determinava phenomenos de amollecimento e de reabsorpção do tecido escleroso. Recorreram então á velas de cera, á hastes de laminaria, á cordas de tripa, á esponjas preparadas e, para permittir a franca passagem dos gazes intestinaes, fizeram construir mechas sobre pequenos tubos de metal.

Actualmente, todos estes meios estão abandonados e praticam-se estas dilatações, empregando velas de cera comparaveis ás velas urethraes, mas com a extremidade rombo, ou então velas rigidas dos typos das de Hegar, empregadas para a dilatação uterina. Este methodo deve ser feito paciente e delicadamente: estando o doente em posição decubito-dorsal, com as coxas levantadas e afastadas sobre o leito, o cirurgião, collocado então entre as suas pernas, introduz o index esquerdo no recto, que serve de guia a vela que, bem engordurada e aque-

cida, deverá ser conduzida lenta e cuidadosamente, e detida se não poder passar a stenose. Acontece muita vez não podermos atravessal-a com a vela, o que faremos facilmente noutra occasião. E' aconselhado por Cripps fazer uma hora antes a dilatação uma pequena injecção d'agua e oleo quente com intuito de esvasiar os intestinos e acalmar os esphincteres e elevadores que tornam-se dest'arte menos irritaveis. Uma vez dilatada a stenose, convém que façamos vêr ao doente a utilidade delle mesmo passar pelo menos uma vela por semana.

Ao pratico basta passar duas ou tres velas em cada sessão, começando por um numero ou dois inferiores aos do dia do tratamento precedente até attingir um numero superior. Cada vela não deve demorar ou ser conservada por muito tempo no orgão devido a possibilidade de sua irritação, bastando alguns segundos e que a dilatação seja lenta e progressiva. No emtanto Crédé não compartilha deste modo de ver e sim do da dilatação permanente para cujo fim mandou construir velas de cautchuc endurecidas ou de metal, tendo uma forma encurvada correspondente á do sacro, uma extremidade conica, um cabo curto e delgado e a outra extremidade terminando por um contorno arredondado, proprias para ficarem horas no orgão. Começava por um dos numeros medios do tratamento precedente até alcançar ao de maior diametro, que era conservado no orgão, cessando, porém, quando toda a tendencia á retracção houvesse desapparecido. Quando semelhante pratica despertava, o que era commum, dôres atrózes que embaraçavam a introducção da vela, ou mesmo encontrava difficuldade na sua penetração, ou ainda quando a stenose não cedia, não vacillava em recorrer ao chloroformio ou bromureto de ethyla, em praticar pequenos desbridamentos com auxilio de um bisturi abotoado e tratar em seguida identicamente aos outros casos. O methodo de dilatação lenta e progressiva exige muita paciencia não só da parte do pratico como da do doente e que, para ser util, não provoque dôres nem augmento da suppuração. Encontram-se em grande numero archivados pelas observações e citadas pelos autores resultados desagradaveis e mesmo funestos com o emprego deste processo: dores atrozes, o despertar de crises hystericas, retensão de urina e

producção de phenomenos inflamatorios (irritabilidade local, dôr, augmento do corrimento, tumefação e vermelhidão das dobras anaes e mesmo finalmente accidentes mortaes pela perfuração do recto). A opinião geral dos autores é que este processso não cura, mas allivia os doentes, sendo mister, porém, que elles façam uso de vela durante toda sua existencia, pois, a tendencia á retracção jamais desapparecerá.

* * *

2.º Dilatação forçada e divulsão. — A lentidão, os tormentos deste ultimo longo e fastidioso tratamento, a sua falta de successo, levaram alguns cirurgiões á dilatação forçada e divulsão, assumpto que presentemente intentamos esboçar.

Para praticar a dilatação forçada, serviam-se elles de sondas rigidas, volumosas, de gomma, marfim, estanho e mesmo madeira, que introduziam nas stenoses, deixando-as em permanencia durante algumas horas.

Os doentes eram alvo de martyrios atrocissimos, de hemorrhagias e inflammações diffusas que commumente punham termo a sua vida.

A divulsão era executada com auxilio de instrumentos mais complicados: dilatadores especiaes (d'Amussat, Nelaton, Demarquay, Weiss, Perréve, etc.) ou especulos bivalves (Verneuil) e pinças cujos ramos podiam se afastar (A. Cooper).

Muitos executavam-n'a com auxilio dos dedos que, introduzidos no recto, iam provocando a dilatação sob a influencia de tracções continuas.

Ha quem diga que este processo é melhor e menos perigoso por estarem as polpas digitaes em contacto com a mucosa, recebendo desta fórma as impressões geradas neste ponto, isto é, em que a dilatação fôr se enxurrando, do que o emprehendido pelos apparelhos. O que é certo e o que não procuramos omittir é que a divulsão, quer instrumental, quer digital expõe a innumeros accidentes e mesmo os resultados definitivos não são melhores do que os da dilatação lenta e progressiva, sendo a reincidencia inevitavel.

* * *

3.º Cauterisação. — Contando em tempos remotos grande numero de sectarios, entre os quaes devem ser mencionados How, Amussat, Robert, hodiernamente é considerado um processo perigoso e improficuo. Eram collocadas sobre a stenose substancias acres de forte poder caustico como sejam: nitrato de prata, potassa caustica e pasta de Vienna. Por este contacto mais ou menos prolongado, segundo o crasso *modos pensandi* de seus adeptos e os resultados ulteriormente observados por elles, profligaram todas as suas chimericas esperanças, mas de um modo barbaro, de um selvagismo ultra, fazendo o doente carpir dôres intensamente atrózes e offerecendo uma melhora apenas momentanea e insignificante. Parece-nos mesmo que isto só trazia a aggravação do mal e, como bem diz Quénu e Hartmann que vêm corroborar a nossa fraca opinião, «após a quéda da escara uma stenose ainda mais intensa e persistente se produzia».

* * *

4.º Electrolyse. — Parece gosar actualmente de um certo credito e, embora ainda mal apregoada, a sciencia regista dois successos — um em França por Lefort, outro na America por Neumann.

Lefort serviu-se de fios metallicos que atravessavam um cone de gutta-percha e communicavam-se com quatro elementos de Morin.

O outro reophoro communicava com a placa collocada sobre o abdomen. E' provavel que nos servindo do pólo negativo para fazer o desbridamento sobre o ponto stenosado, produziriamos simplesmente e sem perigo uma rectotomia que traria consequentemente bom resultado; fazendo-se logo, em seguida a esta pratica, a dilatação que obstará a reincidencia. Leon Lefort conservou o dito apparelho durante 4 horas no primeiro dia.

Depois ficava aos cuidados do doente (o ensaio foi feito

n'uma mulher de 30 annos) applical-o por si mesma cada tarde e conserval-o durante a noite. Quando a doente deixou o hospital, o dedo se introduzia livremente no recto e as materias tinham o seu volume normal. Tudo isto foi obtido com uma vintena de vezes de applicação (1).

* * *

5.º Rectotomia interna.— A principio largamente praticada e tida em conta de meio definitivo para a cura, foi mais tarde apontada como um processo combatedor dos symptomas ameaçadores e assegurador da vida dos doentes. As hemorrhagias graves, as infiltrações estercoraes e phlegmões diffusos que subjugavam os doentes, fizeram com que muitos cirurgiões apontassem-n'a e ainda hoje, como um processo perigoso, improficuo e só acceitavel como tempo preliminar á dilatação.

Este processo consiste em pequenos desbridamentos de 2 a 4 millimetros, podendo serem feitos com bisturi abotoado, ou com o rectotomo do Professor Tillaux, que compõe-se de uma parte escavada munida de uma oliva que abriga duas laminas quando o apparelho apresenta-se fechado, e de um parafuso que faz salientarem-se as mesmas quando carecemos de seu auxlio. Mesmo assim, com este limitado emprego, como tempo preliminar, este processo não está, como dizem Quenu e Hartmann, isento de accidentes causados pelas contracções espasmodicas dos esphincteres sob a influencia da dor, contracções estas que favorecem a absorpção das materias septicas contidas no intestino. Eis como se procede a operação: o doente sendo collocado em posição conveniente e adormecido, incisam-se do anus ao coccyx camada por camada e na mesma extensão todos os tecidos que se acharem em nossa frente com auxilio da faca do thermo-cauterio levada a vermelho sombrio, afim de evitar a perda de sangue.

Chegado ao estreitamento, introduzir-se-á no canal que é

(1) Rev. de Cirur.—1873 e Gaz. des Hospit. 1873, pag. 221.

séde da stenose, uma forte sonda sulcada em sua parte média até o extremo adverso e far-se-ão então movimentos com o fim de distender os tecidos.

Assim preparado este tempo operatrio, levar-se-a sobre a sonda a faca que deverá cortar toda a massa endurecida, do que procuramos nos certificar e facilmente pela introducção do dedo. Terminando este tempo, procurar-se-á encher a ferida com gaze iodoformada e ficar em espectativa anciosa, que esta vasta brecha seja preenchida e uma parède nova, flexivel e extensivel tenha-se succedido á cicatriz; contrariamente e apóz a cicatrisação pode acontecer que se produza uma atresia do anus que necessite a interferencia pelos corpos dilatadores.

* * *

6.º Rectotomia externa. — A primeira rectotomia externa feita para combater a stenose, data de um certo numero de annos e parece haver sido praticada primeiramente por Humphry; este, em razão da analogia desse processo com o da urethrotomia externa que dá excellentes resultados nos estreitamentos da urethra, o propoz como methodo geral de tratamento das stenoses do recto. Muito embora obtivesse resultados satisfactorios, esse processo foi quasi ovildado e, para o seu renascimento, fez-se preciso a discussão que travou-se em 1872 na Sociedade de Cirurgia de Paris (1)

Nesta discussão Mr. Panas lembrou que seu mestre Nelaton havia desde 1865 praticado a rectotomia posterior. Mas foi o Professor Verneuil quem tomou a defensiva deste processo e desde então não cessou de encomial-o em suas lições e publicações.

Elle denominava-o de rectotomia vertical e abrangia nelle duas indicações para si bem especificas: (2) 1.º elle incisava verticalmente a parede rectal de maneira que a totalidade da virola endurecida fosse comprehendida, ou por outras palavras, o estrei-

(1) Bull. Societ Chir. — Paris — 1872.

(2) Quénu e Hartmann. Obr. cit.

tamento em toda a sua altura, e alguns millimetros quando possivel da parede sã situada superiormente ao estreitamento; 2.º desbridava todos os trajectos fistulosos principaes e accessorios como nos casos ordinarios de fistulas do anus.

Estes dois tempos podem ser executados numa ou mais sessões, segundo a gravidade do caso e a extensão das desordens.

Neste segundo caso, isto é, quando necessitamos de praticar a operação em mais de uma sessão, convem fazer-se incontinente á secção do estreitamento afim do allivio ser mais prompto e pôr-se termo aos accidentes de retenção.

Entretanto, si a induração e o entumescimento das partes molles forem muito consideraveis, poder-se-á fazer a desobstrução incisando as principaes fistulas n'um tempo e praticar n'outro tempo a secção do estreitamento.

O logar de selecção para a rectotomia externa, é a linha mediana posterior.

Si o estreitamento manifestou-se muito acima, seccionar-se-á o coccyx ou então o pratico eleval-o-á em sua parte lateral, tomando dest'arte a incisão a forma de baioneta.

Todavia quando ha fistulas que attingem a parte superior do estreitamento, far-se-á o córte deste fendendo uma daquellas; a rectotomia neste caso é feita, não no logar de selecção, mas no de necessidade. Si houver, finalmente, muitas fistulas, escolher-se-á a que por sua situação estiver mais proxima da linha mediana posterior. Mr. Verneuil praticava este rectotomia com o auxilio da cadea esmagadora linear de Chassignac. Elle fazia-a passar acima do estreitamento, servindo-se ou de uma das fistulas ou então de um *trocart* curvo, conductor da cadea, com que perfurava os tecidos: dahi a denominação de *rectotomia linear* dada a esta operação assim praticada.

Procedia do seguinte modo: introduzindo o index esquerdo no recto até acima do estreitamento elle cravava um *trocat* a dois centimetros pouco mais ou menos do coccyx sobre a linha mediana, de forma que perfurando as paredes do recto, fosse ter á polpa do dedo. Pelo canulo do mesmo *trocat* percorria a véla conductora da cadea.

Trélat procedia inversamente: introduzia um *trocat* curvo

pelo recto e fazia com que a sua ponta saisse ao nivel do coccyx. Actualmente, porém, Verneuil só faz uso do thermo-cauterio, despresando o esmagador. Outros, empregando o thermo-cauterio de Paquelin, praticam a incisão um pouco lateralmente, por haverem notado que as incisões medianas posteriores, cicatrisam-se menos velozmente que estas. Quenu e Hartmann são de opinião que o emprego do bisturi e do thermo-cauterio combinadamente, é de grande vantagem.

A operação é, em summa, simples e pouco grave: ella dá, diz Verneuil, resultados maravilhosos: «les indurations et les ulcerations de la muqueuse disparaissent, les fonctions digestives reviennent et le malade guerit. Dans quelques cas seulement, il persiste l'incontinence du matiéres, ou il se forme un petit retrécissement anal consecutif facile á traiter».

Ora, para esses dois ultimos casos bastarão catheterismos repetidos espaçadamente para manter o calibre do intestino a um grão sufficiente de ampliação, e mesmo, a ferida operatoria estreitando-se pouco a pouco, a incontinencia devida á secção do esphincter desapparecerá.

Por outras palavras, o estreitamento rectal é tratado como o urethral. «Muito embora (opinião dos Professores Quénu e Hartmann) este processo constitúa um progresso sobre os methodos precedentes, os seus resultados não são satisfactorios como se póde inferir dos escriptos de seus defensores».

Assim, quasi todos os doentes continuam a suppurar e muitos doentes conservam durante mezes incontinencia das materias.

No dizer de Mr. Ricard isto se póde dar, quando após a cicatrisação da parte superior da ferida, ha conservação de um esporão que, facilitando á estagnação das materias em sua parte superior, entretém a suppuração. Não são estes somente os inconvenientes. Em primeiro logar a cura da ferida operatoria é das mais difficeis a obter-se, quasi sempre persiste uma abertura de extensão variavel, que não póde curar-se em razão de sua séde numa região constantemente contaminada; depois, as experiencias não têm se feito esperar para demonstrar que o catheterismo não é sempre sufficiente para impedir uma reincidencia e na maioria

dos casos o estreitamento se reproduzia não obstante os esforços empregados para obstar a retracção da cicatriz.

Foi para evitar estes inconvenientes que o Dr. Pean (1) pensou que havia grande interesse em melhorar o processo, completando a antiga rectotomia de maneira a supprimir por uma verdadeira autoplastia praticada no proprio curso da operação, a ferida resultante da incisão posterior do recto; com esta autoplastia elle obteve ao mesmo tempo que o alargamento do ponto stenosado se fizesse, não por uma ferida cruentada susceptivel de estreitar-se, mais por meio de uma ferida coberta de mucosa capaz de conservar indefinidamente suas dimensões primitivas, ou quasi.

O doente, tendo sido purgado na vespera da operação, é adormecido e collocado em posição conveniente para o córte; as suas coxas devem ser levantadas de maneira que a região anal faça uma saliencia tão pronunciada quanto possivel. Esta região é em seguida raspada e lavada com o maximo cuidado e os productos de secreção da cavidade rectal devem ser retirados com *éponges montées*. Isto feito, colloca-se um afastador que será confiado ao auxiliar afim de que a porção anterior do recto seja levantada; depois, tendo-se introduzido um dêdo no mesmo, incisam-se de uma só vez sobre a linha mediana e por detraz do recto a pelle da região ano-coccygiana e os tecidos interpostos.

No orgão, a incisão deve interessar ás tunicas intestinaes subjacentes á stenose, á stenose propriamente dita, e a porção superjacente á mesma em uma altura de 2 a 3 centimetros.

Esta ultima parte da incisão deverá ser tanto mais longa, quanto mais estreitada fôr a stenose. Quanto ao comprimento da ferida cutanea, deve ser sensivelmente igual ao da ferida mucosa.

Será, pois, tanto mais ampliada quanto mais elevada e estreitada fôr a stenose.

Feita esta incisão e afastados convenientemente seus labios, depara-se então uma superficie cruentada, tendo a fórma de um losango cujos lados antero-superiores são formados pelos labios da incisão rectal e os infero-posteriores pelos da incisão cutanea.

---

(1) Bull. Medic. — 1889.

A area deste losango comprehende os tecidos profundos da região (musculos e tecido cellular) divididos pelo bisturi. Procedido assim, e após haver detido pela pressão o sangue que, a principio pouco abundante, dimana da ferida, agarram-se com uma pinça no angulo superior do losango que acaba de ser descripto, ou por outras palavras, sobre o ponto culminante da incisão rectal, as tunicas do intestino; depois de abaixadas, atravessam-n'as com uma agulha munida de uma crina de Florença.

Esta mesma agulha deve atravessar igualmente o angulo inferior ou cutaneo da ferida.

Como as tunicas que entram na composição do recto são bastante moveis sob as partes subjacentes, este abaixamento é geralmente facil e chegam-se assim, sem difficuldade, a pôr em contacto as duas partes agarradas na ansa do fio; este é ligado e fica-se admirado de, qualquer que seja a distancia que separava primitivamente as partes ligadas, vêr que ellas se ajustam perfeitamente.

As vezes, porém, acontece, devido a certas modificações produzidas na visinhança da stenose, tornar-se difficil o abaixamento do orgão, o que é commum nas stenoses antigas, por causa dos tecidos que envolvem o mesmo soffrerem as consequencias das lesões de que elle orgão é séde; dest'arte elles se inflammam, suppuram mesmo algumas vezes e resultam disto endurações que fixam mais ou menos as tunicas intestinaes á pequena bacia.

Nestas condições o abaixamento do recto não pode ser feito convenientemente, sendo necessario então separar por uma dissecção minuciosa a bisturi, as paredes intestinaes das paredes visinhas.

Esta separação deve ser bastante ampla para bem permittir que, o ajustamento do recto e da pelle se faça sem puxões. Podem-se encontrar tambem nos casos em que as desordens são levadas ao extremo, e ainda nos casos em que a região perirectal acha-se transformada, de alguma sorte, numa vasta superficie purulenta; neste caso, o melhor meio será retirar-se a porção inferior do intestino até acima do estreitamento, e depois puxar a extremidade superior afim de soldal-a á pelle.

Voltemos a nossa descripção primitiva extraviada por estes pontos que, ao nosso vêr, não podiam ser postergados. O angulo que limita para cima a incisão rectal, se acha abaixado até ao que limita para baixo a incisão cutanea: isto obtido, certificar-nos-emos si, ao mesmo tempo, os bórdos direito e esquerdo das incisões cutaneas e mucosas estão em contacto, mantendo-os de modo definitivo por alguns pontos de sutura.

Quando tudo isto está terminado, a superficie cruentada—criada pelo primeiro tempo da operação—tem desapparecido e é coberta graças á approximação da pelle das tunicas: o orificio anal é substituido por um vasto funil largamente aberto exteriormente e se continuando sem interrupção para cima com a porção superior do intestino, e as suas paredes são formadas pela mucosa rectal, não só a que achava-se abaixo, como ao nivel e ácima da stenose.

O que ha de notavel ainda neste aperfeiçoamento é ter o tecido cicatricial causa primaria do obstaculo, tomado parte do canal artificial criado pelo cirurgião, porém numa pequena extensão da circumferencia do mesmo, a outra porção sendo constituida pela mucosa sã ou pelo menos por uma que não tenha soffrido outra alteração senão a que se desenvolve acima de toda a stenose antiga. Ajuntemos mais que a mucosa subjacente á stenose tornando-se, pelo effeito da operação, facilmente accessivel ás lavagens, não tardará a recuperar seus caracteres e aspectos normaes.

Quando, em contrario a tudo quanto exposto fica, a stenose é mais diffusa em altura, ou nos achamos em presença de um destes estreitamentos multiplos a que os francezes chamam *étage*, pode acontecer que as tunicas intestinaes embora tenhão conservado sua mobilidade sobre as partes profundas, não sejão, entretanto, muito flexiveis ou não tenhão uma superficie sufficiente para occultar totalmente a ferida da rectotomia. Nestes casos aconselha ainda o Dr. Pean fazer-se igualmente para adiante uma incisão como a que foi feita posteriormente, e em restringil-a tanto quanto possivel. Então, incisam-se adiante o perineo, o anus e o recto até acima da stenose e os tecidos subjacentes; depois procura-se encobrir á ferida assim obtida, attra-

hindo para baixo, como precedentemente, a parte anterior das tunicas intestinaes divididas, Ha, porém, uma consideração a fazermos — é que esta rectotomia anterior deve ser feita cuidadosamente em razão das relações da parede anterior do recto com orgãos importantes (prostata e vagina).

A sua extensão deve ser muito menor que a da rectotomia posterior. A principio, o novo anus tem dimensões que podem ser consideradas como exageradas, havendo por conseguinte incontinencia das materias; sob a influencia porém do trabalho cicatricial, os bordos do funil se retrahem, as duas extremidades do esphincter dividido se reunem e, finalmente, a região toma pouco mais ou menos seu aspecto normal.

Para terminar este longo processo, diremos que as reincidencias, ao ver de Pean, são impossiveis, pois que o novo canal acha-se atapetado por toda a parte de uma mucosa e não, como após a rectotomia simples, de um simples tecido cicatricial cuja tendencia á retracção é, por assim dizer, fatal.

* * *

7.º EXTIRPAÇÃO. — A extirpação, processo de ha muito conhecido, offerece quatro vias para a sua execução.

1.ª *Via perineal.* — E' a mais antiga de todas e apresenta particularidades que devem ser aqui ponderadas.

Assim, *si a* região *esphincteriana estiver invadida*, pratica-se a ablação total do segmento doente, como para o cancro do recto; si porém, a *stenose constituida tiver sua séde acima do anus*, conservando-se em perfeita normalidade a região esphincteriana, póde-se tentar a conservação do esphincter por um dos processos seguintes:

1.º Fazendo-se adiante do anus (processo de Hüter) uma incisão curva com concavidade posterior, verdadeira perineotomia transversal que permitte isolar o recto e resecear um segmento.

2.º Fazendo-se (processo de Duplay) uma incisão semicircular posterior ao anus, em o meio da qual venha cair uma segunda incisão longitudinal.

Por um ou outro destes dois methodos, podemos conservar o esphincter, mas é enfraquecido e as mais das vezes incontinente.

3.º Pode-se fazer a estirpação da stenose pelas vias naturaes. Este modo de extirpação convém principalmente ás stenoses pouco espalhadas: é mui facimente realisavel e dá os melhores resultados nos casos de estreitamentos cicatriciaes limitados, de forma annular.

Gérard Marchant teve occasião de operar em 1901 no hospital de Boucicaut. um doente com 63 annos de idade, tendo se recolhido ao mesmo pelos accidentes de occlusão intestinal.

Diante da gravidade dos symptomas apresentados pelo doente, elle fez a colotomia de urgencia e, após alguns dias, examinando-o, encontrou, a 2 ou 3 centimetros acima do anus, um estreitamento tão forte e persistente que fazia-lhe crer na ausencia de qualquer orificio. Entretanto, este orificio existia, testemunhando semelhante asserção não só um pouco de resumação sero-purulenta, como o exame da peça extirpada. Elle fez a extirpação deste estreitamento pelas vias naturaes; depois abaixou facilmente a mucosa superjacente e fez uma sutura circular. O resultado foi excellente: o canal anal presentemente (1902) apresenta-se com seu calibre normal e por este motivo foi elle impulsionado a fechar o anus iliaco.

Estas considerações expendidas não são tão simples como parecem, mórmente quando trata-se de um estreitamento inflammatorio, embora limitado. Eis como Segond aconselha operar (1) após a dilatação anal e não secção das duas commissuras anaes, como fazia-o Dieffenbach, por ser inutil, faz-se a incisão, circularmente, da mucosa em sua união com a pelle.

Descolla-se a mucosa ao nivel do esphincter, depois, fazendo-se uso de uma tesoura se disséca e isola-se o recto, entalhando por assim dizer o intestino na ganga fibrosa que o envolve.

Resecca-se então a parte dissecada e sutura-se á pelle, a mucosa sã da extremidade superior abaixada.

Ha, no entanto, uma nota preliminar neste processo que é,

---

(1) Bull. de la Sociot. de Chir. *1895.*

á proporção que se fizer a resecção, fazer-se a sutura, por outras palavras, a cada golpe de tesoura deve acompanhar um ponto de sutura.

Hartmann (1) (no Congresso Francez de Cirurgia) procede de uma maneira um tanto differente. O estreitamento detido com pinças de Richelot é abaixado e invaginado por assim dizer no canal anal. Incisam-se em seguida as tunicas rectaes e, com o dedo, descollam-n'as das partes visinhas.

Após isolamento e secção, a extremidade é abaixada no trajecto anal á maneira de Hochenegg e suturada á pelle da margem do anus.

2.º *Via transvaginal.* — Em face das inconveniencias consecutivas a não conservação do esphincter, cirurgiões notaveis procuraram organisar processos que dessem em summa resultados satisfactorios, evitando desta forma qualquer resultado desagradavel. Mr. Campenon então propoz este processo aproveitavel somente á mulher.

Eis como procedeu em um caso: (2) tratava-se de uma mulher com 26 annos de idade, portadora de um estreitamento de origem venerica, tendo a sua séde no limite ano-rectal; á sua extremidade superior era impossivel levar-se o dedo.

Tendo sido collocada em posição conveniente — decubito dorsal — como para uma hysterectomia vaginal, fez-se, com o auxilio de uma valvula introduzida na vagina, uma tracção favoravel em sua parede anterior.

Em seguida, fendeu por transficção toda a divisão recto-vaginal, obtendo desta fórma dois retalhos que foram postos aos cuidados de auxiliares que mantiveram-n'os estirados com o auxilio de fios. O campo operatorio assim largamente a descoberto favorecia-lhe na excisão da porção stenosada do intestino previamente limitada por duas incisões transversaes, superior e inferior. Praticada desta forma a operação, a extremidade superior foi em seguida suturada á inferior por dois planos de sutura.

Finalmente, quatro pontos de sutura reconstituiram o

(1) Rev. de Chir. *1893.*

(2) Rev. de chir. 1889 pag. 939.

esphincter e uma perineorraphia ordinaria déra por terminada a operação.

No 15.° dia a doente achava-se completamente curada.

3.° *Via sacra*—Este processo de que servem-se os allemães para a extirpação de uma porção do recto portadora de uma stenose ou mesmo de um cancro, é por elles apresentado como o mais seguro, facil e mesmo superior aos anteriores por offerecer ao cirurgião uma via mais segura e vasta para a pratica da operação. Kraske aconselha atacar-se o recto pela parede posterior, através das partes molles da região sacro-coccygiana, se auxiliando não só da resecção do coccyx como propuzera em 1874 Kocher (de Berne) mas ainda da de uma porção do sacro.

Nesta operação o esphincter não deve ser offendido e, uma vez retirado o segmento doente, sutura-se a extremidade superior do intestino á porção do recto que deve existir ainda abaixo e se terminar no esphincter. Eis a descripção do processo tal como deu Kraske: (1) «o paciente sendo collocado no decubito lateral direito, tendo as coxas dobradas sobre a bacia, procura-se fazer uma incisão que vá ao osso, parallela á crista sacro e que desça até o anus. Desnudam-se o sacro e o coccyx até o seu bordo esquerdo; seccionam-se os ligamentos ischio-sacros até o nivel do terceiro buraco sacro; resecam-se totalmente o coccyx e depois a tesoura a parte inferior esquerda do sacro, até este limite—terceiro buraco sacro. O recto é em seguida cortado transversalmente abaixo e um tanto distante da séde inferior do mal. Aberto o cul-de sac peritoneal faz-se descer então o intestino e nova incisão transversal acima do limite superior da stenose deve ser dada, afim de retirar esta porção doente; depois, sutura da extremidade superior á inferior, somente porém, nos dois terços anteriores de sua circumferencia».

Elle cita dois casos de cura obtidos por este processo.

Mais tarde, porém, Bardenheuer publicou uma memoria sobre a questão presente (in Samml, Klin Wort n. 289) modificando o processo anterior: á resecção lateral do sacro indicada por Kraske, elle substituiu pela transversal feita abaixo do terceiro

(1) Routier transcreve-o em um artigo publicado na *Revista de Cirurgia* de 1889.

buraco sacro; esta modificação, ao seu ver, dá mais amplitude á região séde da operação e permitte uma hemostasia mais completa.

A' abertura do cul-de sac peritoneal preferiu elle o descollamento do peritoneo da face anterior do recto.

Novos processos foram criados com intuito somente de subrogar o primitivo tão aceeito não só na Allemanha como tambem na Italia e cujos resultados têm sido sempre favoraveis si é que mereçam credito os escriptos estrangeiros.

Routier faz sérias apreciações sobre este processo e encomia-o como um dos bons meios de extirpação dos neoplasmas e stenoses com séde muito superior e mesmo dos ganglios visinhos ao processo phlegmasico ou não.

Outrosim, declara que permitte dar ao doente uma cura completa, até á reincidencia, se tiver logar e apresenta superioridade sobre certos methodos expostos por deixar intacto o esphincter.

4.º *Via abdomino-perineal* (1)—1.º tempo—Após haver-se dado uma posição conveniente para o corte e anesthesiado o doente, começa-se fazendo uma incisão iliaca esquerda de 12 centimetros, a cavallo sobre a espinha iliaca antero-superior, a dois dedos para dentro da mesma e se encurvando em baixo para o pubis; pode ser prolongada em dois centimetros afim de mais facilitar as manobras.

Descoberta assim a parte em que tem ou não séde o processo morbido, faz-se a secção segundo a technica recommendada por Quénu: após a ligadura dupla com forte seda, fazer-se a secção com o auxilio do thermo-cauterio.

A extremidade superior deve ser protegida por um involucro de tecidos esterilisados, perfeitamente isolada e retida fóra do ventre. Para maior garantia ainda, applicar, além das ligaduras, uma pinça *cremaillière* que fechará com mais segurança a luz do intestino. A extremidade inferior deve do mesmo modo ser protegida por um involucro identico ao anterior. Inicia-se então a secção hemostatica e libertadora do meso, podendo este tempo ser mais ou menos longo e delicado, segundo a natureza de

(1) Navarro. Rev. de chir. 1901.

causas. distensão demasiada do intestino e insufficiencia de inclinação. Lateralmente, a libertação da bexiga e do recto. A extremidade inferior deve ainda ser envolvida com uma compressa que liga-se com seda e, após tudo isto, faz-se o aceio da cavidade pelviana e o tratamento de extremidade superior.

2.º tempo — Fechamento do anus com seda e desbridamento da mucosa excedente, caso haja, com thermo-cauterio. Para este tempo perineal deixar de ser longo deve-se tratar logo da desfixação de fortes inserções lateraes da excavação pelviana sobre o recto.

Os pediculos lateraes devem ser apanhados e detidos por solidas pinças afim de evitarem-se hemorragias abundantes. Após extirpação do segmento intestinal, séde da lesão deve-se ter o cuidado de fazer baixar a serosa, pois se não o fizer, correr-se-á o risco de com a mécha fazel-a subir o que é de gravidade extrema.

Duas méchas largas e espessadas de gaze esterilisada devem ser applicadas a chato, forrando desta forma o canal pelviano e, no meio, um grosso tubo de drenagem, recolhido em gaze tambem esterilisada.

Faz-se finalmente a sutura das partes primitivamente abertas e espera-se gradativamente qualquer manifestação quer seja de ordem inteiramente inesperada e afflictiva afim de fazer-se a interferencia, quer ainda a que melhor nos possa affeiçoar—a marcha gradativamente crescente para a cura.

Podem-se afim de favorecer o processo fazer duas modificações: ligadura previa da hemorrhoidal superior e, para evitar infecção da parede, não abrir-se o anus immediatamente.

Eis pois, resumidamente, o *modus faciendi* empregado pelo distincto Professor de Clinica Cirurgica de Montevidéo e com os melhores e mais satisfactorios resultados.

*
* *

8.º *Colotomia* — Já de ha muito a colotomia era empregada como methodo de tratamento das stenoses inflammatorias do recto. mas, tinham-se em mira somente. suas propriedades

palliativas, pois, pelo estabelecimento de um orificio acima do obstaculo, obtinham-se uma melhora rapida do processo phlegmasico e uma cessação das crises de obstrucção. E' um tratamento logico e que devemos, quando possivel, fazel-o em todos os casos que não tivermos, pelos meios anteriores de tratamento, obtido resultados satisfactorios, ou que, por qualquer circumstancia, não pudermos proseguir com alguns dos methodos de cura escolhidos pelo pratico e descriptos acima.

Expliquemo-nos: sabemos que muita vez, o tratamento commumente empregado — dilatação lenta e progressiva para os estreitamentos situados um pouco acima do anus, ou extirpação para aquelles cuja séde é inaccessivel ao processo anterior, não dá resultados não só porque a distenção dos tecidos séde do processo provoca dores atrozes ao doente, como tambem a intervenção cirurgica se acompanha de resultados desagradaveis. Ora, no 1.º caso, o doente será o primeiro a reclamar e, quando o pratico persiste no seu intento, complicações variaveis de natureza surgem, quer aggravando o estado da parte, quer por infecções nefastas, produzindo a morte do paciente. Além disto, sabemos que ha uma certa susceptibilidade da parte, segundo o gráo de intensidade da rectite, e que, nestes casos, hemorrhagias abundantes podem se produzir exacerbando desta forma o mal.

Isto no 1.º caso; no 2.º porém, a interferencia será perigosa e os resultados raramente satisfactorios, pois, o curso das fézes continuando a ser o mesmo, toda a solução de continuidade feita pelo cirurgião será promptamente contaminada e todo o meio reparador destruido.

Outrosim, que a rectite, qualquer que seja a sua origem, é a causa primordial do estreitamento e que a constante passagem das materias no ponto — séde do mal — só pode, pelas irritações que acarreta, trazer aggravação da mesma; ainda mais, sendo esta parte o comicio habitual de micro-organismos, *ipso facto* será promptamente irritada, quer pelas toxinas elaboradas por elles neste meio, quer ainda pela sua acção de presença acção irritativa. Ora, se não fizermos uma derivação do curso das fézes pelo estabelecimento de um anus artificial na região iliaca esquerda que é a melhor, ou na lombar, muito embora actualmente

desusada, com uma saliencia assás notavel afim de obter uma completa derivação, as fézes, continuando a passar nesta parte inflammada, dão logar cada vez mais a irritações, e as ulcerações super-estricturaes existentes jamais poderão marchar para a cura; o estado do individuo irá se aggravando e, como dissemos, todas as interferencias cirurgicas terão um fim desastrado.

Uma vez constituido o anus por qualquer dos numerosos processos em voga actualmente, vemos de um modo surprehendente o estado do individuo marchar para a melhora; com o uso de grandes lavagens feitas, quer pela extremidade superior, quer pela inferior com soluções antisepticas, principalmente agua oxygenada, ou agua quente que torna-se um precioso tratamento por fazer desapparecerem as massas inflammatorias que espessam o tecido sub-mucoso, a rectite torna-se cada vez menos intensa e, em uma phase de, senão completo desapparecimento, pelo menos de melhora, podemos iniciar o tratamento da stenose, ou pela dilatação lenta e progressiva ou por qualquer dos processos acima mencionados.

Si, após havermos tratado e curado a stenose, podessemos fechar o anus artificial e collocar tudo em estado de primitividade, seria um ideal somente accessivel á theoria, pois, praticamente não parece dar resultado digno de mensão.

Quando o doente, apesar de todos os meios de dissuasão do medico persevera que lhe fechem o anus pelo qual tem uma repugnancia natural, quasi invencivel e o medico accede, embora de mau grado por antevêr resultados que necessitarão mais tarde de sua nova interferencia, observamos, no fim de um tempo mais ou menos longo, a stenose se reproduzir, tendo para asseverar semelhante affirmação nossa, os casos de Le Dentu e Tillaux. No entanto Thiem communicou, se não nos falha a memoria, ao congresso francez de cirurgia, uma dmiravel successo obtido pela colotomia temporaria que elle considera como tratamento ideal.

Em outra observação sua, vimos no *Archivo Geral de Medicina*, cuja data não nos occorre, uma maneira de proceder toda differente da actual.

Sabemos que elle não fechou o anus, feito as custas do colon,

senão quando a ulceração e o estreitamento estavam curados. Mas é explicavel aquelle resultado por elle obtido: sabemos que, uma vez vencida a rectite e não havendo nenhum traço seu e feita uma desinfecção tão completa quanto possivel, o fechamento do anus artificial não deve, ao nosso ver, acarretar desordens lamentaveis e mesmo reincidencias e foi justamente o que se deu no caso de Thiem, (1).

9.º *Entero-anastomose* — Esta operação foi proposta por Bacon com intuito de conduzir directamente as materias do colon até a parte inferior do recto.

Consiste na anastomose da ansa sigmoide com a parte do recto situada abaixo da stenose com auxilio de pequenos botões de Murphy.

Eis como Bacon procede: após haver collocado o doente na posição de Trendelenburg, faz uma laparotomia mediana do pubis á região umbilical.

Uma das peças — ramo macho, é collocada directamente sobre o ponto do colon, que se tenciona anastomosar; o outro ramo é introduzido pelo anus com auxilio de uma pinça *trocart* especial com que perfuramos a parede rectal collocada abaixo da stenose. A haste do botão, conduzida pela pinça *trocart* que um auxiliar dirige, apparecendo no abdomen, é empolgada pela mão esquerda do operador que, tendo já em sua mão a outra peça — ramo macho — coaduna as duas metades do botão e estabelece a anastomose.

Afim de evitar-se ou mesmo impedir-se que uma ansa delgada do intestino ahi se engage, algumas suturas serão dadas entre os pontos da ansa signoide e do recto, que estão em contacto.

O botão sendo expellido no fim de 5 a 7 dias, uma especie de *clamp*, de enterotomo, é então introduzida através do anus, cujos dois ramos esmagam secundariamente as duas paredes

---

(1) Fundado unicamente na logica e boa intuição, fizemos similhante apreciação, pois, sabemos que sem dominar a molestia causal — rectite — a reincidencia será inevitavel.

Do Autor.

postas em contacto, estabelecendo desta forma uma larga communicação entre as duas partes anastomosadas.

Em logar de um estreitamento, obtem-se uma parte dilatada Infelizmente, porém, o estreitamento do recto é situado tão inferiormente que a anastomose recto-colica é, de um modo conveniente, bem difficil a effectuar-se.

Ao vêr de Bacon esta operação apresenta as vantagens seguintes: 1.º evitar a cicatriz circular que acompanha do principio ao fim uma sutura; 2.º permittir uma divisão completa do estreitamento, prevenindo sua reincidencia por uma operação plastica; 3.º se adequar junctamente aos estreitamentos do recto e da ansa sigmoide; 4.º finalmente, deixar illesos os esphincteres, assegurando assim a continencia das materias.

Cremos muito optimismo neste modo de encarar os factos, pois, persistindo a rectite, á novas stenoses poderá ella dar logar já que ella é a causa que mais influe para o apparecimento das mesmas.

Ruth tem recorrido ao botão de Murphy para estabelecer uma anastomose junto do estreitamento, porém, contenta-se unicamente com a influencia exercida pelo botão, empregando os de grandes dimensões e seguindo as regras acima mencionadas para a operação de Bacon.

Ao nosso vêr este processo não pode ser tido em conta de tratamento ideal.

Entremos agora nas apreciações.

Todos os processos em si são improficuos e mesmo perigosos, porém, entre os expendidos alguns ha que ao nosso vêr dão resultados magnificos e nós nos confessamos um dos seus adeptos.

Queremos falar da dilatação lenta e progressiva, da extirpação, colotomia e rectotomia externa. Apesar da dilatação lenta e progressiva ser acobertada de serias complicações, achamos que, nos casos possiveis e com uma colotomia prévia, mas temporaria que faça desviar o curso normal das fézes e com uma desinfecção mais ou menos completa da parte com auxilio de lavagens antisepticas feitas acima e abaixo do ponto coarctado, ella traga resultados satisfactorios. Ainda mais, observando certos

cuidados commumente julgados futeis, taes como não fazel-as continuamente afim de evitar não só que os attritos repetidos venham irritar o orgão, produzindo ora dôres atrózes acompanhadas de febre, ora espasmos terriveis que impacientam muita vez ao pratico, como tambem complicações subsequentes ao abuso que muitos medicos praticam, procedendo amiudadas vezes julgando por ventura fazerem um bem ao doente, evitamos taes desordens.

Embora postos em pratica taes conselhos, ha no entanto doentes que soffrem horrivelmente pelas dòres causadas pela distenção e então, nesses casos faremos alguns minutos antes collocar no interior do recto algodão embebido de cocaina; depois, envolvendo ou melhor lubrificando o dilatador com uma pomada simples ou cocainisada, leval-o-emos delicada e docemente seguindo a direcção do canal e mais tarde a do estreitamento. Chegado ahi, facilmente e algumas vezes sem attrito fal-o-emos atravessar.

Quanto aos espasmos, podem fazer-nos crer na existencia de um estreitamento mais stenosado do que o é realmente e então, torna-se necessario afim de reconhecel-os, manter a extremidade do dilatador em contacto com o estreitamento, protegendo-o por assim dizer, para que no fim de alguns instantes esta pressão continua faço-o triumphar. O mesmo se observa nos estreitamentos urethraes, pelo que o Professor Berger suscitado por Guyon, recommenda proceder identicamente até que chegue o momento azado da véla vencel-o. Si obrarmos assim, veremos no fim de algumas semanas o calibre do orgão retomar suas dimensões primitivas ou quasi, a melhora dos symptomas de obstrucção ser, senão houvermos feito a colotomia iliaca, palpavel e o doente apreciavelmente melhorar.

E' recommendado por alguns praticos fazer-se o toque rectal antes de iniciar este tratamento e, caso o dedo que atravessa o estreitamento provoque hemorrhagias, evital-o, pois allegam elles que jamais poderá se acompanhar de melhora, mas sim de accidentes lamentaveis.

Ha pequenos accidentes que podem vir forçar o medico a abandonar ou interromper o tratamento posto em pratica: são

as dores vivas, terriveis que sobrevém no momento do tratamento, insupportaveis para os doentes, devidas ao contacto do proprio catheter e que mais tarde podem fazer lembrar os phenomenos da fissura.

Os mais serios, porém, são as infecções. A inoculação das pequenas feridas, produzidas pela passagem dos dilatadores, as produz e geralmente se traduz pela febre ou accidentes mais serios—calafrios, suores, estado geral grave como na febre urinosa.

As vezes, infelizmente, os accidentes são ainda mais graves e os symptomas mais alarmantes. Assim, após uma sessão de dilatação um tanto penosa, a dor abdominal apparece viva, acompanhada de vomitos e induração do ventre; a face é contrahida, o pulso filiforme, etc.

E' o quadro horripilante da peritonite por perfuração que surge aos olhos do pratico, pondo-o em acerba collisão. Diz entretanto o Professor Berger que taes symptomas podem apparecer sem haver perfuração; comtudo isto, são elles inquietadores não só para o pratico, como tambem para o paciente.

Cautelosos pois devemos ser, evitando todo e qualquer esforço afim de não romper as paredes do recto, e evitar consequentemente peritonites por perfuração raramente observaveis, é exacto, mas quasi sempre mortaes.

Além disto, o esforço sendo acompanhado de attrito mais ou menos intenso, póde ser seguido de complicações não só na séde do mal mas tambem na sua visinhança.

Podemos de outra maneira evitar ou attenuar todos estes accidentes, fazendo uso da colotomia iliaca que, embora um tanto desagradavel para os doentes, sendo feita não de um modo definitivo, é um bom processo.

Já fizemos algumas considerações a seu respeito e por esta razão julgamos inutil voltar a esse assumpto.

A extirpação tem sido apontada como o tratamento melhor e mais logicamente acceitavel das stenoses.

E' facto inconteste que ella tem dado os melhores resultados e, ultimamente em Montividéo o Professor Navarro obteve em 3 doentes resultados satisfactorios, fazendo desta forma prevale-

cerem as opiniões antiquarias dos propugnadores de similhante processo. Comtudo isto não está ella abrigada de complicações ainda mais graves que as dos processos anteriores.

A infecção dá-se neste processo com mais facilidade: ha além disto o esgotamento e o choque, e pela pequena resistencia que o doente apresenta devida ao adiantado gráo de asthenia que lhe proporciona o mal, podemos antever a influencia desastrada que todos estes factores lhe conferem.

Felizmente, porém, com os meios de que a sciencia dispõe — cafeina, strychinina e sôro artificial, podemos facilmente obstar ou vencer todas estas complicações operatorias ainda mesmo quando a perda de sangue tenha sido consideravel.

A infecção aqui é variavel e subordinada a certos cuidados pre e post — operatorios, o que não acontece nos cancerosos cujo adiantado gráo de cachexia e friabilidade do intestino dão logar a infecções graves que se traduzem communmente pela morte. Os doentes curados, por exemplo, pelo methodo perineal, apresentam geralmente incontinencia das materias.

Comtudo, pela continuação pode ella se atenuar; certos doentes chegam a reter materias solidas durante um certo espaço de tempo, porém o mais commum é o apparecimento de um embaraço funccional extremo. Si o anus perineal é muito largo, pode-se complicar de prolapso; muito estreitado torna-se séde de stenoses, complicação ainda mais terrivel.

O methodo Kraske parece-nos dar resultados mais perfeitos sob o ponto de vista funccional. Elle permitte effectivamente a isenção do esphincter, mas, como dissemos acima, elle é enervado e incontinente. Muita vez persiste após a intervenção uma fistula sacra e a reunião não se faz regularmente, resultando então um novo estreitamento.

Emfim, qual é dos differentes methodos concernentes a este processo o preferivel?

A questão é difficil a resolver, comtudo parece-nos que as vias perineal e abdomino-perineal sejam as melhores.

Acerca dos dois outros methodos, somente a escolha, baseada em um exame judicioso, poderá influir. Assim, nos estreitamentos

situados superiormente a via sacra parece dar os melhores resultados funccionaes.

Os accidentes locaes tardios, observaveis neste processo, são devidos ao ver de Quénu a uma lentidão desesperadora do processo cicatricial, que favorece a infecção. No methodo de Kraske, porém, a eliminação de parcellas osseas ou mesmo de retalhos aponevroticos desnudados e mal nutridos, entretem a suppuração.

Os proprios fios de sêda dão logar a fistulas que poderemos evitar fazendo uso do *catgut*.

Tudo isto conduz á producção de um tecido fibroso mais ou menos denso, e dahi a procedencia de um *estreitamento cicatricial;* em outros casos, porém, quando os meios de fixidez, os erectores em particular, não têm sido conservados, é o prolapso que se produz mui frequentemente nas operações desta via.

Os accidentes locaes immediatos, são devidos a numerosas causas que, afim de não afastarmo-nos do programma por nós traçado, passaremos silenciosamente.

O processo de que nos falta falar — o da rectotomia externa — é um dos melhores até então conhecidos.

As observações que comprovam similhante asserção, são innumeras e valiosas e, os distinctos cirurgiões Drs. Pacheco Mendes e Catta Preta, contam grande numero dellas, todas ou melhor, grande parte, acobertadas de feliz exito.

Ainda ha pouco tempo, (Agosto) o nosso illustre Professor Dr. Pacheco Mendes operou um individuo portador de uma stenose do recto, fazendo uso deste processo.

Não houve complicação alguma durante os dias em que o doente permaneceu no hospital — estado geral o melhor possivel e sua temperatura normal; mau grado, porém, não podemos acompanhar o caso, porque o doente, considerando-se melhor, — apenas incontinencia das materias fecaes — pediu sua alta e retirou-se não permittindo, como já dissemos, que acompanhassemos o resultado definitivo da operação.

Não usou o distincto clinico para impedir a passagem das materias fecaes e por conseguinte contaminação da ferida, mais do que pilulas formadas, ou melhor, contendo extracto gommoso

de opio e, antes da operação, isto é, no dia anterior, si não nos falha a memoria, uma infusão de senne tartarisada afim de desembaraçar o intestino das suas fézes.

Declarou o mesmo Professor que não fazia ûso da colotomia por consideral-a um processo illaqueado de defeitos.

Entretanto nós não abraçamos esta mesma idéa e achamos que o distincto Mestre é um tanto pessimista.

Si não, vejamos: Ha bem pouco tempo, (Junho ou Julho) uma mulher recolhera-se ao hospital por apresentar-se com terriveis symptomas de obstrucção. Foi examinada pelo distincto clinico Dr. Lydio de Mesquita, que encontrou além de uma stenose com forte gráo de coarctação, uma fistula recto-vaginal por onde se escoavam substancias septicas e de cheiro nauseante. Conveiu-lhe interceder primeiramente obliterando o canal fistuloso, o que fez, para então depois proceder ao tratamento da stenose. Desembaraçou previamente o intestino com auxilio de ûm clystér glycerinado e, depois de haver procedido a dita operação, empregou uma substancia de propriedade constipante.

Qual não foi a sua surpresa ao vêr que todo o seu trabalho tinha sido debellado, pois uma diarrhéa intensa surgira no mesmo dia da operação, escarnecendo da medicação empregada?

Infelizmente, a doente retirou-se não permittindo nem que lhe fizessem o tratamento da sua stenose, nem tão pouco a satisfação da nossa espectativa.

Agora inquerimos áquelle provecto clinico: Si se houvesse feito a colotomia temporaria não estariam abrigados — o doente de similhante desastre e o medico do dissabor de vêr os seus reparos destruidos e contaminados?

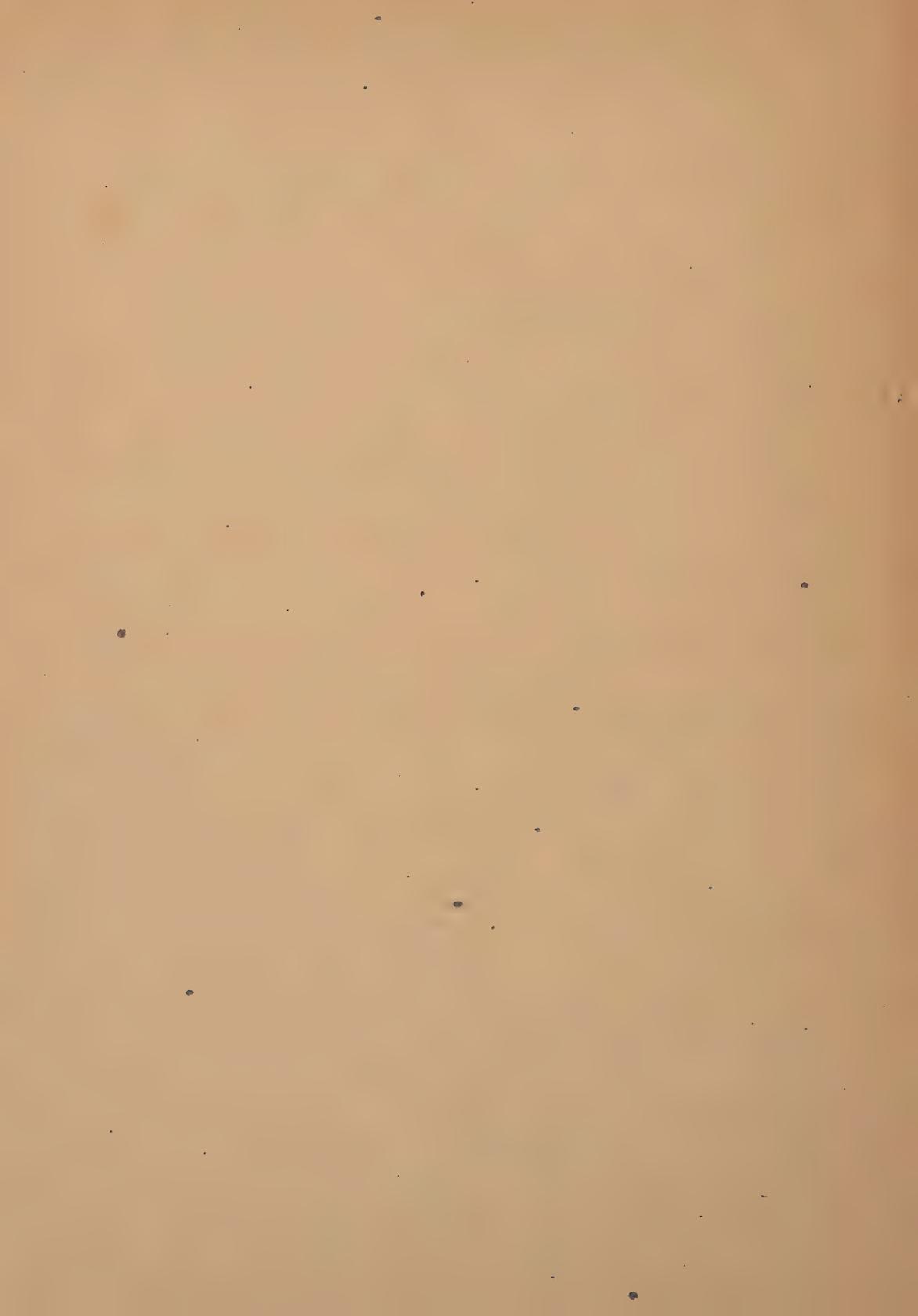
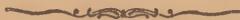
Certamente que sim, muito embora já antevejamos replicas a esta nossa asserção.

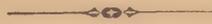
Tivemos occasião de observar novos casos de stenoses no mesmo hospital durante o anno de 1901, alguns operados e pelas mesmas razões expostas acima, sem cura, pelo menos a nós apreciavel; outros, porém, não, devido exclusivamente a rebeldia dos seus vectores que não queriam sujeitar-se ao tratamento imposto.

Apesar do aperfeiçoamento que Mr. Panas imbuiu a este

processo, nós o consideramos um tanto complicado e desnecessario. A rectotomia externa por qualquer um dos outros methodos, satisfaz perfeitamente bem ao pratico pelos seus resultados ulteriores.

Quanto aos outros processos que constituem tambem o assumpto da nossa dissertação, poderão ser empregados, não obstante os resultados subsequentes, conforme a opinião de cada um, pois, si elles têm seus propugnadores, poderão da mesma forma contar adeptos.

Agora, antes de terminar o nosso simples e despretencioso trabalho, filho da inexperiencia e da hesitação, digamos que, muito embóra nos mostremos ecletico deste ou daquelle processo, não possuimos, infelizmente, nenhum conhecimento pratico delles, o que se fazia mister.

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

PROPOSIÇÕES

Anatomia Descriptiva

I

O orificio terminal do canal alimentar com o seu orificio inicial, occupa a linha mediana e se abre no perineo posterior um pouco adiante do coccyx, na parte inferior desta goteira longitudinal que separa as duas nadegas.

II

Apresenta uma situação um pouco differente segundo o sexo, sendo no homem collocado immediatamente para trás da linha bi-ischiatica a 20 ou 25 millimetros da ponta do coccyx; na mulher elle corresponde a mesma linha, achando-se porém separado do coccyx por um intervallo de 25 a 30 millimetros.

III

E' por esta rasão que elle é mais anterior na mulher do que no homem e tambem na maioria dos casos mais superficial.

Sua direcção não varia nos dous sexos, sendo de cima para baixo e de diante para trás.

Anatomia Medico-Cirurgica

I

O recto encarado sob o ponto de vista de suas relações apresenta a considerar uma face anterior, uma posterior e duas lateraes.

II

Outrosim, relações de grande valor pratico com o peritoneo que, como sabemos, desce mais sobre a face anterior do que sobre a posterior, dahi o natural cuidado que se faz mister dar na extirpação ou qualquer outra interferencia cirurgica á direcção do córte ou a sua séde.

III

E' encarando-se estas relações de summa importancia para a pathologia e medicina operatoria que podemos fazer um juiso mais positivo sobre a gravidade de uma lesão organica situada neste ou naquelle ponto.

Histologia

I

O apparelho muscular de que se compõe o anus comprehende o esphincter interno formado pelo espessamento da camada circular do intestino, o externo constituido por fibras musculares estriadas e as fibras longitudinaes collocadas entre os dois esphincteres e pertencendo umas ás longitudinaes do recto (fibras lisas), as outras ao elevador do anus (fibras estriadas).

II

Quanto ao revestimento mucoso e cutaneo que da mesma forma fazem parte desta região, apresentam caracteres de grande importancia.

III

Resumindo diremos que o anus se compõe essencialmente de um apparelho muscular e de uma tunica de revestimento mucoso e cutaneo.

Bacteriologia

I

O gonococcus de Néisser é um diplococcus.

II

As suas duas porções têm a forma de dois grãos de café oppostos por sua superficie plana e separados por uma linha clara,

III

Além da blennorrhagia da qual é o agente responsavel, esta bacteria produz tambem outra infecção — a puerperal.

Anatomia e Physiologia Pathologicas

I

O epithelioma e o carcinoma são neoplasmas que devem ser referidos a um mesmo typo pathologico por serem constituidos pelos mesmos elementos histologicos, embora mais ou menos diversificados.

II

Ambos reconhecem por origem o tecido epithelial.

III

O carcinoma não é mais do que um epithelioma diffuso, segundo a maioria dos autores.

Pathologia Cirurgica

I

As feridas do recto apresentam causas numerosas, merecendo importancia porém, as produzidas pelos instrumentos cortantes, picantes, contundentes e pelas armas de fogo.

II

Ellas carecem de certas circumstancias para a sua producção, circumstancias estas ligadas por sua vez a multiplos factores.

III

O prognostico destas feridas está ligado á séde em que tiveram logar, á natureza dos corpos vulnerantes, aos germens septicos e corpos estranhos introduzidos por elles.

Operações e Apparelhos

I

Chama-se rectotomia a incisão do recto praticada de fóra para dentro ou de dentro para fóra.

II

A incisão feita de dentro para fóra, denomina-se rectomia interna.

III

A de modo contrario chama-se rectomia externa.

Clinica Cirurgica

1.ª CADEIRA

I

O canal anal de um lado e o recto do outro, nos casos de imperfuração, podem ser bem formados, mas a communicação entre os dois não se haver estabelecido.

II

Esta barreira pode ter limites variaveis desde uma simples divisão membranosa deixando ver por transparencia o meconio accumulado acima, até um centimetro e mais de espessura.

III

Nestes casos o pratico deve intervir fazendo a communicação das duas partes com o auxilio do canivéte.

Clinica Cirurgica

2.ª CADEIRA

I

Nos casos de ruptura do recto, quando o accidente data de algumas horas, devemos tentar após uma lavagem e quando as ansas intestinaes são perfeitas, a laparotomia que permitirá desbridar o orificio, reduzir o intestino e obturar a rasgadura.

II

Naquelles em que o intestino tem perdido o seu vigor, achando-se gangrenado e perfurado é necessario, segundo a pratica aconselhada por Quénu, retirar immediatamente pelo recto a parte gangrenada da ansa, collocando uma ligadura de cada lado.

III

A reducção dos dois cotos no abdomen é seguida ou de uma enterorraphia ou de uma simples anastomose das duas extremidades á pelle, segundo o estado do individuo que muita vez é incapaz de supportar uma longa intervenção.

Pathologia Medica

I

A diarrhéa é um syndroma que pode sobrevir mui communmente após perturbações psychicas — o medo, a dor, as moções moraes violentas e em consequencia de lesões externas e affeções cutaneas.

II

E' innegavel a influencia occasionada pela erysipella, pela escarlatina, pelo eczema extenso na manifestação diarrheica.

III

Nas affecções da pelle, suppressa a sua funcção, *ipso facto*, acha-se impedida a eliminação de seus corpos toxicos, o que se traduz por um trabalho exagerado da mucosa gastro-intestinal, uma hypersecreção, uma especie de exsudação interna para eliminar os corpos nocivos.

Clinica Propedeutica

I

O toque rectal consiste na introducção de um ou mais dèdos, algumas vezes de toda mão para se reconhecer o estado do recto.

II

Na mulher porém, convém associal-o ao vaginal afim de, tornando o exame mais completo e conseguintemente mais positivo, sentir os abcessos que ahi se desenvolvem, reconhecer a espessura do estreitamento e finalmente apreciar a extensão de um néoplasma

III

A introducção de toda a mão no orgão em questão, deve ser proscripta, apesar das opiniões de Simon, Esmarch e Walsham, que confessam-se partidarios desta pratica aliás grosseira, pelos resultados funestos que promove.

Historia Natural Medica

I

O longo conducto que se estende, descrevendo numerosas circumvoluções desde o estomago até o anus, denomina-se intestino.

II

No homem seu cumprimento equivale mais ou menos sete vezes ao do corpo.

III

E' no intestino delgado que os alimentos são submettidos á acção da bilis, dos succos intestinaes e pancreatico e que tornados assimilaveis, são absorvidos; a outra porção porém serve principalmente de reservatorio á parte dos alimentos não absorvidos e não toma senão uma parte muito restricta na absorpção.

Chimica Medica

I

O bismutho é um metal triatomico.

II

E' um corpo branco, de reflexos amarellados, duro e quebradiço, resistindo ao ar secco, mais embaciando pelo contacto do ar humido.

III

Os seus saes são mui empregados em medicina.

Obstetrica

I

Devemos antes do trabalho do parto desembaraçar o recto de suas materias fecaes com um clyster contendo colheradas de glycerina, pois ellas accumulando ahi, formam um tumor que, embaraçando consideravelmente a ampliação genital e endurecendo-se, pode se tornar um verdadeiro obstaculo ao parto.

II

Além das conveniencias acima apontadas, ha outra de summa importancia—é que livramos a parturiente do dissabor de vêr-se em estado repugnante pela sahida involuntaria das mesmas.

III

Outrosim, devido a esta ultima causa que ella suspenda os puxos tornando desta forma mais demorado o parto.

Clinica Obstetrica e Gynecologia

I

Distinguimos durante o trabalho do parto tres rupturas: as completas do perineo e da maior parte da divisão recto-vaginal, as centraes do recto em que o féto pode passar através da divisão recto-vaginal, e sair pelo anus e as incompletas limitadas á divisão recto-vaginal.

II

Estas rupturas apresentam accidentes e inconvenientes, uns proximos e outros tardios, que muita vez compromettem a vida da paciente.

III

Devemos, afim de evitar taes desordens, proteger o perineo e quando apesar dos esforços empregados pelo pratico ellas se

derem, fazer hemostasia da ferida e depois a reparação immediata pela sutura.

Clinica Medica

1.ª CADEIRA

I

A natureza da chlorose é ainda mal definida.

II

A hereditariedade gosa de uma grande influencia no desenvolvimento desta molestia.

III

As indicações therapeuticas comportam tres pontos essenciaes: — regularisar as funcções digestivas, quasi sempre interessadas, facilitar a oxygenação do sangue por uma medicação externa e usar uma medicação especifica — o ferro e seus succedaneos.

Clinica Medica

2.ª CADEIRA

I

O chloro — brightismo é uma concorrencia de dois estados morbidos a chlorose e o brightismo.

II

A simultaneidade destes dois estados morbidos é menos rara do que podera parecer.

III

E' ella que em muitos casos explica a falha da medicação ferruginosa algumas vêzes observada na chlorose.

Materia Medica, Pharmacologia e Arte de Formular

I

O fructo do elaterio é um drastico violento.

II

A elaterina, seu principio activo, extrahe-se esgotando o fructo pelo alcool;

III

E' cristalisavel, amarga, soluvel no alcool e insoluvel n'agua.

Physiologia

I

O recto preenche um duplo papel mechanico: serve de um lado de reservatorio as materias fecaes, d'outro, concorre de uma maneira activa para sua expulsão no momento da defecação.

II

A sua mucosa é provida de glandulas que secretam uma certa quantidade de mucus e é dotada, como a das outras porções do tubo digestivo, da propriedade de absorpção.

III

E' utilisando desta propriedade, que muitas vezes procuramos suster as forças do doente com auxilio de injecções nutrientes, quando, por qualquer circumstancia, a via estomacal tiver sido interdicta.

Therapeutica

I

O salol é um ether phenil—salicylico; sua acção no organismo é multipla: actua como antiseptico, analgesico e antipyretico.

II

Associado ao salicylato de bismutho presta serviços admiraveis; mui raramente elle produz intoxicação.

III

Devemos administal-o em dóses pequenas afim de estabelecer-se a tolerancia.

Medicina Legal e Toxicologia

I

Muitos autores consideram a deformação do anus em infundibulos como um signal revelador da pratica da pederastia.

II

Similhante asserção não deve prevalecer porquanto esta deformação tem sido notada em individuos que jamais fizeram uso da pederastia passiva.

III

Vibert affirma que ainda não lhe foi possivel observar tal disposição.

Hygiene

I

As molestias commumente encontradas no recto e no anus são em grande parte causadas pela falta de aceio.

II

Cada um deve esforçar-se em proscrever o uso de papeis infectos ou de gazetas, cuja influencia nociva é incontestavel, quer pelos corpos estranhos de que podem ser elles vehiculos, quer pela tinta de má composição de que muitas emprezas typographicas se servem.

III

Pode mesmo, a exemplo das pessoas que em nosso meio põem em pratica, fazer uso de esponjas embebidas d'agua no fim de cada defecação.

Clinica Pediatrica

I

A regularidade de aleitamento das creanças é um ponto capital na prophylaxia das diarrhéas infantis.

II

O leite de vacca mais usado entre nós pela facilidade da sua obtenção, apresenta grandes inconveniencias.

III

O melhor meio de se ministrar o leite com vantagem sem receio mesmo de ser prejudicial ás crianças é esterilisal-o.

Clinica Ophtalmologica

I

A conjunctivite purulenta blennorrhagica é mais commum recemnascido do que no adulto e no velho.

II

O seu agente provocador hahitual é o gonococcus de Neisser.

III

O diagnostico é dos mais simples, se impondo pelo exame bacteriologico.

Clinica Dermatologica e Syphiligraphica

I

Ha circumstancias que favorecem a precocidade das laryngites syphiliticas terciarias.

II

A hypertrophia rapida e notavel da parte super-glottica com perturbações respiratorias já é manifestação precoce desta infecção.

III

Em condições identicas se acham os condylomas da face posterior da larynge.

Clinica Psychiatrica e de Molestias Nervosas

I

A hysteria é uma nevrose mais commum ao sexo feminino do que ao masculino.

II

A dysmenorrhéa e a amenorrhéa são suas perturbações frequentes.

III

A hysteria encontra muita vez na sugestão um excellente meio de cura.

VISTO. — *Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 7 de Outubro de 1903.*

O Secretario,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.